Nr. 44. 31. października 1926. Rok V.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. med. Seweryn CYTRONBERG. Warszawa.

Badania cząsteczkowe treści żołądkowej za pomocą metod fizyczno-chemicznych.

Z II. Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego.
Dyrektor: Prof. Dr. Antoni Głuziński.

Badanie cząsteczkowe treści żołądkowej, wprowadzone przez Ehrenreicha 1), a dokładnie opracowane i ulepszone przez Rehfussa i współpracowników 2), Ehrmanna 3). M. Labbé' go 4) i inn., znajduje coraz częstsze zastosowanie w klinice. Według tych autorów, badanie cząsteczkowe treści daje obraz całkowity przebiegu wydzielania i, poczęści, ruchów żołądka po rozmaitych pokarmach próbnych, podczas gdy jednorazowe wydobywanie treści w dowolnie obranym czasie dostarcza tylko obrazu chwilowego stanu zawartości żołądkowej.

Katsch i Kalk 5), Vándorfy 6), Filimonoff 7), Gorschkoff 8) i inni wcale nie uznają wartości badania treści za pomocą zwykłego zgłębnika żołądkowego i stosują we wszystkich przypadkach badanie cząsteczkowe za pomocą cienkiego zgłębnika Einhorna, Weilbauera lub Rehfussa. Ponadto Katsch i Kalk przyszli na zasadzie swych badań do wniosku, że jako pokarm próbny należy stosować jedynie płyn jednolicie wodnisty, przejrzysty i z lekka zabarwiony, nie zawierający białek ani soli. Stosowanie takiego napoju próbnego ma, według tych autorów, szereg stron dodatnich. a mianowicie: łatwiej jest osądzić, czy treść żołądkowa zawiera domieszki zewnętrzne, łatwiej też uniknąć błędów, powstających wskutek wytworzenia się w żołądku różnych niejednolitych warstw, łatwiej osądzić, o którym czasie żołądek usunął cały spożyty pokarm. Napój próbny o powyższych właściwościach ma jeszcze tę przewagę nad innemi pokarmami próbnemi, że, jakkolwiek wywołuje silne wydzielanie soku żołądkowego, to jednak nie wiąże większej ilości jonów H, przez co liczby, otrzymane przy zwykłem miareczkowaniu. są bardziej zbliżone do rzeczywistego stanu kwasoty czynnej treści żołądkowej.

Nie bacząc na powyższe zalety badania cząsteczkowego, ma ono także szereg przeciwników, że wymienię Küttnera 9), Schwartza i Seldine 10) i innych, którzy uważają, że zgłębnikowanie za pomocą zgłębnika cienkiego daje liczby nieścisłe, że zabiera ono za dużo czasu itd. i, że wskutek tego nieda się ono zastosować na szerszą skalę. Jak widzimy, sprawa celowości stosowania badania cząsteczkowego nie jest jeszcze w zupełności rozstrzygnięta. Mimo to należy uznać już teraz, że wiele zagadnień, dotyczących szybkości, jakości i ilości wydzielania oraz strony ruchowej czynności żołądka fizjologicznego tudzież dotkniętego różnemi schorzeniami. zostało wyświetlonych dzięki stosowaniu zgłębnika à demeure.

W swoich badaniach, z których obecnie zdaję sprawę, również stosowałem cząsteczkowe badanie treści żołądkowej, a to z powodów niżej wyłuszczonych.

W doniesieniach poprzednich 11, 12, 13) podałem szczegółowo sposób oraz wyniki badania sprawności czynnościowej żołądka za pomocą metod fizyczno-chemicznych. Jako pokarm próbny, stosowałem mieszaninę wody z białkiem, gdyż chodziło mi o określenie sprawności trawiennej żołądka, a nie o poznanie poszczególnych czynników tejże sprawności, jako to wydzielania, strony ruchowej i t. d. żołądka. Zgłębnikowanie wykonywałem dotychczas zgłębnikiem zwykłym, przez co, oczywiście, musiałem ograniczyć się do jednego lub dwóch zgłębnikowań (po spożyciu pokarmu próbnego) i nie mogłem dokładniej wejrzeć w stopniowy przebieg zmian fizyczno-chemicznych, jakim ulega treść żołądka pod wpływem zaczynowego trawienia wprowadzonego doń pokarmu próbnego. By poznać dokładniej przebieg trawienia *in vivo*, niezbędnem jest jednak poznanie stopniowych zmian głównych właściwości fizyczno-chemicznych treści żołądka podczas uskuteczniania przezeń jednego z głównych zadań, mianowicie, trawienia białka. Do tego celu najlepiej nadawało się badanie cząsteczkowe za pomocą zgłębnika *à demeure*, t. j. cienkiego zgłębnika (Einhorna lub Weilbauera).

Przed założeniem tego zgłębnika musiałem przekonać się, czy treść, wydobyta nim naczczo, w zupełności odpowiada pod względem kwasoty czynnej (Ph), wskaźnika załamania światła (n) [1]), napięcia powierzchniowego (s) [1]) i lepkości (v) [1]) i t. d. — treści, wydobytej u tego samego osobnika za pomocą zgłębnika zwykłego.

W tym celu zbadałem 11-u chorych (z nieżytem kwaśnym lub śluzowym, z bezsocznością, „nerwicą“ i wrzodem żołądka, wrzodem dwunastnicy i t. d.) po 3—4 razy w różnych dniach, a mianowicie: po raz pierwszy zgłębnikowanie naczczo uskutecznianiałem zgłębnikiem zwykłym, i zaraz potem zakładałem zgłębnik cienki. Treści wydobyte w ten sposób, badałem i porównywałem jedną z drugą. Tego samego chorego badałem po paru dniach naczczo i po spożyciu pokarmu próbnego za pomocą zgłębnika *à demeure*, po następnych zaś paru dniach znów naczczo i po próbie białkowej za pomocą zgłębnika zwykłego i t. d. Porównywując ilość, zabarwienie oraz Ph, n. s i v treści, wydobytej naczczo za pomocą różnych zgłębników, stwierdziłem co następuje:

1) Za pomocą cienkiego zgłębnika otrzymałem treść naczczo we wszystkich przypadkach w ilości od 20—105 cm^3. Za pomocą zgłębnika zwykłego w dwóch przypadkach (bezsoczność i nieżyt śluzowy żołądka) treści nie wydobyłem wcale, w pozostałych zaś wydobywałem zawsze mniej (nieraz o połowę), niż za pomocą zgłębnika cienkiego.

2) Zabarwienie treści, wydobytej cienkim zgłębnikiem znacznie częściej wskazywało domieszkę zwróconej treści dwunastniczej.

3) Kwasota czynna ($H^{\cdot}$) i potencjalna, była zawsze wyższa w treści, wydobytej zgłębnikiem cienkim, nieraz prawie dwukrotnie.

4) Również wskaźnik załamania światła (n) był znacznie wyższy w treści, wydobytej za pomocą zgłębnika cienkiego, nieraz o 0,5—2,0—3,0 jedności, co dowodzi większego stężenia tej treści, w porównaniu z treścią, otrzymaną za pomocą zgłębnika zwykłego.

5) Wobec powyższych wyników musiałem uznać, że treści, wydobytej za pomocą zgłębnika cienkiego (jako bardziej stężonej) nie można, przynajmniej w większości przypadków, utożsamiać z treścią, osiągniętą za pomocą zgłębnika zwykłego,

W tem krótkiem doniesieniu nie mogę zastanawiać sie szczegółowo nad przyczyną tego zjawiska. Zaznaczam tylko, że treść, wydobyta naczczo za pomocą zgłębnika zwykłego, składa się, niezawodnie, z dwóch cieczy: 1) z treści, która znajdowała się w żołądku jeszcze przed zgłębnikowaniem, t. j. z rzeczywistej zawartości żołądka w okresie „pracy perjodycznej“ (Boldyreff 14), Carlson 15), Jarno i Hecks 16) i t. d.) czy też w okresie „międzytrawiennym“ (Rehfuss, Hawk i inn. 17)) oraz 2) z soku żołądkowego, wydzielanego pod wpływem samego zgłębnikowania. Dotychczas istnieje znaczna niezgodność w zapatrywaniach autorów na sposób powstawania wydzieliny żołądkowej przy zakładaniu zgłębnika *à demeure*. Szkoła Pawłowa (Hirschberg i Ganskau 18), nie uznająca istnienia wydzielania żołądkowego pod wpływem mechanicznego podrażnienia żołądka, dowodzi, na podstawie licznych doświadczeń, 1) że przy wprowadzaniu zgłębnika cienkiego, chory wykonuje szczękami szereg ruchów żujących, które, same przez się, wywołują wydzielanie soku żołądkowego, 2) że przechodzenie zgłębnika przez gardło, przełyk i wpust, a także pozostawanie zgłębnika w żołądku wywołuje podrażnienie nerwu błędnego z następowem wydzielaniem soku żołądkowego, że 3) ślina, połknięta przez chorego, przy zgłębnikowaniu, powoduje chemiczne podrażnienie śluzówki żołądka i t. d. Przeciwnie, inni autorowie, jako to, Galewski 19), Rothschild 20), Lim, Ivy i Mc Carthy 21) są zdania, że samo mechaniczne podrażnienie śluzówki żołądka przez zgłębnik wystarcza, by wywołać wydzielanie soku żołądkowego.

Przekonawszy się, że treść, wydobyta z żołądka za pomocą zgłębnika cienkiego, różni się od zawartości tegoż żołądka w okresie „międzytrawiennym“, musiałem znów rozstrzygnąć kwestję, czy założenia, na których opierałem się, badając sprawność trawienną żołądka za pomocą metod fizyczno-chemicznych, okażą się słusznemi, jeżeli będę stosował badanie cząsteczkowe. W poprzednich badaniach wychodziłem bowiem z tego założenia, że należy poznać właściwości fizyczno-chemiczne zawartości żołądkowej w okresie, poprzedzającym okres trawienia, by móc osądzić, na

[1]) Objaśnienie tych znaków znajdzie czytelnik w moich pracach, cytowanych powyżej.

TABLICA I.

J. Cz., ♀, l. 24 *Apicitis ambilateralis.*

Treść	Ilość	„wolny" HCL.	Ogólna kwasota	P_H	n	s	v	Próba sulfos.	Próba biur.	UWAGI
A	20	20	31	1,8	19,72	26,6	1,05	—	((+))	*a)* żółtawa, mętna, wodnista, bez resztek i śluzu. *b)* nieco leukoc. straw., miazga
1	20	12	26	2,1	17,8	25,0	1,02	—	—	*a)* żółtawa, wodnista, mętnawa, bez śluzu i białka *b)* j. p.
2	20	18	36	1,9	20,0	25,6	1,05	((+))	((+)) czerw	*a)* prawie bezbarwna wodnista, mętnawa, pojedyńcze strzępki białka, mało śluzu *b)* nieco więcej leukocytów
3	20	35	45	1,5	21,7	25,6	1,07	(+)	+ czerw.	*a)* bezbarwna, mętna (rozpuszczone białko), pojedyńcze strzępki. *b)* j p.
4	20	28	45	1,6	20,7	25,2	1,07	((+))	(+) czerw.	*a)* *b)* jak poprzednio
5	20	25	35	1,6	19,8	24,4	1,05	((+))	(+) nieb. czerw.	*a)* *b)* j. p.
6	20	23	40	1,7	19,9	23,3	1,05	((+))	(+) czerw. nieb.	*a)* bezbarwna, prawie przejrzysta, nieco śluzu, bez białka *b)* j. p.
8	15	22	35	1,7	19 88	23,0	1,04	—	((+)) nieb.	*a)* przejrzysta, wodnista, bezbarwna, b mało śluzu *b)* j. p

zasadzie badania treści, wydobytej w pełni trawienia, jak dany żołądek wywiązuje się z zadania. W tym celu porównywałem n, Ph, s i v treści, wydobytej naczczo, z odnośnemi cechami treści, wydobytej w ³/₄ godziny po spożyciu białka i na podstawie ich przyrostu lub zmniejszania się, wnioskowałem o sprawności trawiennej żołądka. Punktem wyjścia i podstawą do badania sprawności trawiennej żołądka były, jak widzimy, dane, osiągnięte przy określaniu cech fizyczno-chemicznych treści, wydobytej naczczo, Otóż ta właśnie treść, wydobyta za pomocą zgłębnika cienkiego, różni się, jak się przekonałem, od treści żołądka w okresie „międzytrawiennym". Przystępując do cząsteczkowego badania treści żołądkowej za pomocą metod fizyczno-chemicznych miałem zatem przed sobą podwójne zadanie, a mianowicie: 1) przekonać się, czy założenie i wnioski, któremi kierowałem się w dotychczasowych badaniach sprawdzą się także przy badaniu cząsteczkowem treści żołądkowej i 2) dokładniej wyjaśnić przebieg zmian cech fizyczno-chemicznych treści żołądkowej podczas trawienia białka.

Ogółem zbadałem 34 przypadki rozmaitych schorzeń organicznych i czynnościowych żołądka i innych narządów trawienia oraz cierpień ogólnych, którym w większości towarzyszyły pewne dolegliwości ze strony żołądka. Zgłębnikowanie uskuteczniałem za pomocą zgłębnika Einhorna, w który wprowadzałem cienki mandryn, w celu szybszego przesunięcia główki zgłębnika do żołądka (sposób Jutte'a). Zgłębnik przesuwałem na 55 cm. od linji zębów. Po usunięciu mandrynu, wdmuchiwałem przez zgłębnik około 50 cm^3 powietrza i wyciągałem około 20—30 cm^3 treści strzykawką 20-centymetrową. Wydobywanie powyższej ilości treści trwało czasem od 1—2 minut, czasami, jednak znacznie dłużej, zwłaszcza w przypadkach bezsoczności i stanów skurczowych wpustu lub przełyku, które to skurcze zmniejszały światło zgłębnika przez ucisk. Wydobywając tylko 20—30 cm^3, świadomie zostawiałem pewną część zawartości żołądka.

Mając zgłębnik założony, chory spożywał odpowiednio przygotowaną mieszaninę wody z białkiem (p. don. I), poczem wyciągałem po 20 cm^3 treści 7 razy, mianowicie, po 1, 2, 3, 4, 5, 6 i 8 kwadransach. Podczas przerw otwór zgłębnika zatykałem końcem strzykawki. Przez cały czas zgłębnikowania chorzy nic nie mówili i nie połykali śliny, która sama ściekała do naczynia, trzymanego przez nich tuż koło ust. Każdą treść natychmiast sączyłem i wykonywałem, jak zazwyczaj, wszystkie zwykłe badania makroskopowe, drobnowidowe i chemiczne, a także określałem n, s, Ph, i v. Wszystkie te badania przeprowadzałem tego samego dnia, w ciągu 3—4 godzin podczas i po zgłębnikowaniu. U kilku chorych wydobywałem także treść w 4 godziny po obiedzie próbnym. Znaczną część chorych badano także za pomocą roentgenoskopji. Stosownie do wyników dawniejszych, zestawiłem przypadki, badane przeze mnie, w czterech grupach, a mianowicie: do I-ej grupy zaliczyłem 6 przypadków (po jednym „nerwicy" żołądka, nieżytu kwaśnego żołądka, kamicy żółciowej i t. d.), do II-ej — 15 — (nieżytu śluzowego i bezsoczności żołądka, oraz niektóre przypadki wrzodu dwunastnicy i żołądka), do III-ej — 10 — (pozostałe przypadki wrzodu żołądka i dwunastnicy, nieżytu kwaśnego i „nerwicy" żołądka i t. d.), wreszcie do IV-ej — 3 raka żołądka.

Jak widać z powyższego, samo rozpoznanie kliniczne nie decydowało jeszcze o tem, do której grupy zaliczałem dany przypadek, albowiem kierowałem się głównie wynikiem badania sprawności czynnościowej żołądka (p. don. III, l. c.).

Grupa I. [3]).

W żadnym przypadku tej grupy nie stwierdziłem wyraźnych odchyleń sprawności trawiennej żołądka od warunków fizjologicznych. Treść wydobyta naczczo (treść A), o ile nie zawierała większych domieszek treści dwunastniczej wykazywała n, najczęściej, nieprzekraczające 23,0 s — od 24,0 do 27,5, v — od 1,03 do 1,34, Ph od 1,4 do 6,0.

Treść, wydobyta w kwadrans po spożyciu mięszaniny białka z wodą (treść 1) wykazywała zawsze znaczne zmniejszenie się n (o 1—2—3 jedności), s zmniejszało się o 1 do 4 jedności, v— o 0,02 do 0,15, Ph zaś wzrastało o 0,2 do 2,0. Wszystkie te właściwości fizyczno-chemiczne świadczyły o mniejszem stężeniu treści żołądkowej 1, w porównaniu z treścią A. To zmniejszenie się stężenia treści żołądkowej po spożyciu białka, wywołały bez wątpienia, następujące czynniki, 1) rozcieńczenie treści, pozostałej w żołądku (po zgłębnikowaniu naczczo) przez 100 cm^3 wody przekroplonej, 2) niedostateczne zrównoważenie tego rozcieńczenia przez zaczynowe trawienie białka, które to trawienie jest nikłe w ciągu pierwszych 15 minut.

W treści, wydobytej w 2 kwadranse po spożyciu białka (treść 2) widzimy przyrost n, s i v oraz zmniejszenie się Ph, w porównaniu z treścią 1, jednakże że wartości są wciąż jeszcze mniejsze (z wyjątkiem Ph), niż w treści A. To dowodzi: 1), że sprawa trawienia białka posuwa się naprzód w okresie pomiędzy 15 a 30 minutami po spożyciu mieszaniny próbnej i 2), że stężenie pierwotne treści okresu „międzytrawiennego" nie zostaje jeszcze osiągnięte po 2-ch kwadransach.

Największy postęp sprawy trawienia stwierdzałem w okresie pomiędzy 30 a 45 minutami po spożyciu białka. Mianowicie, w treści, wydobytej w 3 kwadranse po spożyciu białka (treść 3), spotykałem zawsze [4]) n, większe niż w treści A, również s było najczęściej większe, a Ph mniejsze, niż w treści, wydobytej naczczo. Kwasota „ogólna", wyniki prób sulfosalicylowej i biuretowej również przemawiały za tem, że treść 3 jest bardziej stężona, niż treść A.

---

[2]) W przypadkach z zaległościami naczczo, wydobywałem większą część zawartości.

[3]) W celu lepszego orjentowania się w danych, poniżej przytoczonych, podaję tutaj, jako przykład w 4-ch tablicach, wyniki badania jednego przypadku charakterystycznego dla każdej grupy.

[4]) O ile domieszka nadmiernej ilości zwróconej treści dwunastniczej lub śluzu „zewnętrznego" nie zagmatwała obrazu.

TABLICA II.

M. S. ♀, l. 29. *Morphinismus chronicus. Gastritis anacida chronica.*

Treść	Ilość	„wolny" HCL	Ogólna kwasota	P_H	n	s	v	Próba sulfos.	Próba biur.	UWAGI
A	20	0	20	3,1	20,5	30,5	1,28	(+)	+ czerw. nieb.	*a)* treść żółta, mętna, lepka śluz, bez resztek *b)* dużo pasemek śluzu. nabłonki
1	10	0	8	3,8	18,9	27,9	1,12	((+))	+ nieb.	*a)* treści nieco mniej, żółta, mętna, mniej lepka, śluz, białko *b)* j. p.
2	8	0	12	3,4	19,1	27,9	1,13	+	+ nieb.	*a)* treść bezbarwna, mętna, śluz, białko *b)* j. p.
3	10	0	16	3,6	20,0	28,4	1,15	+	++ nieb.	*a)* z początku bezbarwna, potem nagła domieszka żółci, śluz. białko *b)* j. p.
4	12	0	16	3,3	19,0	28,3	1,16	(+)	(+) nieb.	*a)* z początku zbita, potem bezbarwna, bez białka *b)* j. p.
5	12	0	14	3,4	20,2	29,4	1,19	(+)	(+) nieb.	*a)* żółta, bez białka *b)* j. p.
6	12	0	12	3,4	20,0	28,4	1,18	(+)	(+) nieb.	*a)* slabo żółta, bez białka *b)* j. p.
8	10	0	10	3,5	20,1	27,6	1,16	(+)	(+) nieb.	*a)* *b)* j. p.

TABLICA III.

Ch. F. ♀ l. 19. *Gastritis superacida chronica.*

Treść	Ilość	„wolny" HCL	Ogólna kwasota	P_H	n	s	v	Próba sulfos.	Próba biur.	UWAGI
A	25	15	35	2,0	22,3	25,2	1,14	+	+ czerw.	*a)* słabo-żółta, mętnawa, bez resztek, nieco śluzu *b)* b. dużo leukoc. straw., śluz. miazga
1	20	0	26	2,7	19,92	23,0	1,10	+	+ czerw.	*a)* bezbarwna, przejrzysta, nieco strzępków białka *b)* j. p.
2	20	12	40	2,0	22,4	25,4	1,16	+	+ czerw.	*a)* bezbarwna, mętnawa (rozpuszczone białko) *b)* j. p.
3	20	25	75	1,7	24 35	26,3	1,18	++	+++ czerw.	*a)* bezbarwna, mętna (rozpuszczone białko) *b)* j. p.
4	20	50	115	1,4	30,2	27,2	1,19	++	+++ czerw.	*a)* *b)* j. p.
5	20	24	72	1,6	31,5	28,4	1,20	+	++ czerw.	*a)* *b)* j. p., z lekką domieszką żółci
6	20	20	40	1,8	23,6	33,9	1,22	+	++ czerw.	*a)* int. żółta, nieco śluzu *b)* j. p., miazga żółta
8	20	20	35	1,8	23,5	28,9	1,18	+	+ czerw.	*a)* int. żółta, mętna, nieco śluzu *b)* j. p.

W mniejszości przypadków zdarzało się, że treść 4, (wydobyta po 4 kwadransach) lub treść 5 wykazywały jeszcze większe n, s i v oraz mniejsze Ph, niż treść 3; jednakże zmiana tych wartości fizyczno-chemicznych, w porównaniu z treścią 3 była nieznaczna. W znacznej większości przypadków, treści 4, 5 i 6 wykazywały powolne zmniejszanie się wartości n, s, v i kwasoty czynnej, zaś w treści 8 (wydobytej w 8 kwadransów po spożyciu białka) te wartości różniły się już bardzo nieznacznie od odnośnych wartości treści A. Wynik prób chemicznych na białko również świadczył o zmniejszaniu się jego stężenia po punkcie kulminacyjnym, osiągniętym po 3 kwadransach, i zniknięcie białka z żołądka najpóźniej po 6 kwadransach. Zestawiając zachowanie się n z s, Ph i v, przyszedłem do wniosku, że t a k ż e p r z y s t o s o w a n i u b a d a n i a c z ą s t e c z k o w e g o, n j e s t n a j c z u l s z ą m i a r ą p o s t ę p u t r a w i e n i a. Wzrost n, po pierwotnem jego zmniejszeniu się, następuje jeszcze przed wzrostem kwasoty czynnej. Stopień jego największego przyrostu na szczycie trawienia najlepiej ilustruje wynik współdziałania wszystkich częściowych czynników trawienia żołądkowego. Jednakże, przyrost ten, w porównaniu z treścią A był najczęściej wyraźnie mniejszy, niż przy stosowaniu zgłębnika zwykłego, nie bacząc na to, że bezwzględna wielkość n, zarówno naczczo, jak na szczycie trawienia, była zawsze większa przy badaniu cząsteczkowem. Wobec tego, że, jak powyżej zaznaczyłem, treść, wydobyta naczczo przy pomocy zgłębnika cienkiego, jest (w przypadkach bez zaległości pokarmowych) zawsze bardziej stężona, niż treść, wydobyta przy pomocy zgłębnika zwykłego, zrozumiałem jest, dlaczego przyrost tego stężenia, pod wpływem trawienia zaczynowego niewielkiej ilości białka, wydaje się mniejszym przy badaniu cząsteczkowem. Według moich założeń, potwierdzonych przez badania poprzednie, każdy żołądek podczas okresu „międzytrawiennego" ustala właściwości fizyczno-chemiczne swej zawartości na pewnym poziomie, dla niego charakterystycznym i w jednakowych warunkach badania, stałym. Za pomocą zgłębnika zwykłego wydobywamy właśnie treść okresu „międzytrawiennego" ,czynności perjodycznej" żołądka. Tak, jednak, nie jest, gdy stosujemy zgłębnik cienki (p. w.). Ponadto sama obecność zgłębnika w żołądku podczas trawienia białka, daje powód do powstawania szeregu nieobliczalnych

TABLICA IV.

M. R., l. 60, ♁, *Carcinoma ventriculi ad pylorum.*

Treść	Ilość	„wolny" HCL	Ogólna kwasota	P_H	n	s	v	Próba sulfos.	Próba biur.	UWAGI
A	50	0	18	3,9	28,3	30,2	1,45	+++	+++ nieb.	*a)* mętna, brunatna, liczne resztki pokarm., kw. ml. — sanguis. + *b)* leukoc., skrobja, wł. mięsne
1	20	0	5	4,5	20,8	28,1	1,12	+++	+++ nieb.	*a)* j. p., sporo strzępków białka *b)* j. p.
2	20	0	7	4,3	21,6	28,9	1,15	+++	+++ nieb.	*a)* *b)* j. p.
3	25	0	7	4,3	21,8	29,1	1,2	+++	+++ nieb.	*a)* mętna, brunatna, liczne resztki pokarmow, kw. ml. — sang. + *b)* j. p. [białko źle straw.
4	20	0	8	4,2	21,8	29,3	1,21	+++	+++ nieb.	j. p.
5	20	0	8	4,2	21,9	29,3	1,21	+++	+++ nieb.	j. p.
6	20	0	9	4,2	22,0	29,3	1,22	+++	+++ nieb.	j. p.
8	20	0	12	4,1	22,1	29,4	1,24	+++	+++ nieb.	j. p.

odchyleń w przebiegu wydzielania, perystoli i perystaltyki żołądka, gry odźwiernika i t. d., które to odchylenia odzwierciadlają się w łącznej sumie w sprawdzianie ogólnego wyniku współdziałania tych czynników, t. j. w wielkości n. Wobec powyższego, przyszedłem do wniosku, że w razie stosowania badania cząsteczkowego, wyniki, osiągnięte za pomocą metod fizyczno-chemicznych, są mniej ścisłe, niż przy stosowaniu zgłębnika zwykłego.

Grupa II.

W przypadkach tej grupy stwierdziłem upośledzenie sprawności czynnościowej żołądka. Na to upośledzenie wpływały: 1) zmniejszona wydolność wydzielnicza śluzówki, 2) zbyt wzmożona perystaltyka, z przyśpieszonem usuwaniem z żołądka białka, które zbyt krótki czas podlegało trawieniu pepsynowemu, 3) niedostateczne napięcie (tonus) mięśniówki, wskutek czego w żołądku panowało ciśnienie mniejsze, niż odpowiada optimum trawienia pepsynowego, 4) nieprawidłowe zachowanie się odźwiernika, t. j. zbyt częste jego rozkurcze, a także niektóre inne czynniki, o których mowa w Donies. III. (l. c.). We wszystkich tych przypadkach, stężenie treści 1, o którem sądziłem według wielkości n, s, v i Ph, było znacznie mniejsze, niż stężenie treści A, przyczem zmniejszenie się stężenia było jeszcze bardziej wybitne, niż w przypadkach grupy I-ej. Jest to zrozumiałe, gdyż naczczo stężenie treści żołądkowej było przeciętnie większe, niż w grupie I, zaś rozcieńczenie treści pod wpływem wprowadzonej mieszaniny wody z białkiem było znaczniejsze, szczególnie w przypadkach z niedomogą wydzielniczą, dlatego, że po pierwszem zgłębnikowaniu w żołądku zostawało mniej treści A, niż w przypadkach grupy I. Natomiast, w tych przypadkach grupy II, w których na niewydolność trawienną żołądka składały się głównie zaburzenia ze strony ruchowej żołądka, zmniejszenie się stężenia treści 1, w porównaniu z treścią A, bardziej zbliżało się do przypadków grupy I.

W następnych treściach (2, 3, 4 i t. d.) stwierdzałem, co następuje: Z wyjątkiem 2 przypadków, o których mowa poniżej, n nigdy nie osiągało wielkości n treści A[5]). Stężenie HCl mogło dochodzić (naprz. w przypadkach wrzodu dwunastnicy i kwaśnego nieżytu żołądka) do wartości znacznie wyższych, niż w treści A, jednakże, n było mniejsze, niż naczczo. Jednem słowem, wszystkie przypadki z wyjątkiem dwóch, zaliczone do tej grupy, a tak różne pod względem rozpoznania klinicznego, miały tę wspólną cechę, że stężenie przesączu treści żołądkowej, wydobytej w każdej chwili po spożyciu białka, było mniejsze, niż naczczo. Stosunkowo największe stężenie wykazywała, czasami, treść 3, czasami znów, treść 4, 5 lub 6. Często spotykałem wahania stężenia t. nprz. treści 4 i 6 były bardziej stężone, niż treść 5 i t. p. Tym wahaniom stężenia odpowiadały często, ale nie zawsze, wahania kwasoty czynnej i ogólnej (t. zw. Klettertypus).

2 przypadki tej grupy wymagają oddzielnego omówienia. Zarówno stężenie ogólne, jako też stężenie kwasu solnego w treści 3 tych przypadków było niższe niż w treści A. Natomiast stężenie treści 5 lub 6 było cokolwiek większe, niż w treści A; dowodziło to, że w tych przypadkach miałem do czynienia z typem trawienia spóźnionego, które szło w parze ze spóźnionem wydzielaniem. Przypadki te stanowią przejście do przypadków z prawidłowem trawieniem żołądkowem.

Grupa III.

Do tej grupy zaliczyłem przypadki, w których badanie sprawności czynnościowej żołądka wykazało jego „nadmierną pracę trawienną". Jako „nadmierną pracę trawienną" żołądka, pojmuję zbyt daleko posunięte trawienie pepsynowe białka. Przy zbyt długiem stykaniu się podłoża białkowego z jonami H· i pepsyną powstają nieprawidłowe pochodne białka, których dalsze rozszczepianie (a, być może, i wsysanie) w jelicie winno przebiegać, w myśl naszych obecnych wiadomości o kinetyce odczynów katalitycznych i zaczynowych, odmiennie, niż w warunkach fizjologicznych. Albowiem, prawidłowa współpraca trawienia pepsynowego, trypsynowego i erepsynowego — skazana jest na pewien ściśle określony czas stykania się odnośnych zaczynów i jonów H· wzgl. OH' z podłożem białkowem (22). Zbyt długie pozostawanie pokarmów pod wpływem swoistych warunków trawienia żołądkowego powoduje zatem szereg zaburzeń, o których dotychczas wiemy jeszcze bardzo mało. Niewiele też, stosunkowo, wiemy o przyczynach i mechaniźmie tych zaburzeń ze strony ruchowej żołądka. Oczywiście, że w przypadkach nadmiernego wydzielania HCl, ze skurczem lub zwężeniem odźwiernika, w przypadkach zalegania treści z powodu niedostatecznej perystaltyki i t. d., powód nadmiernie długiego przebywania pokarmu w żołądku jest dla nas jasny. Nie ulega, jednak, wątpliwości, że w większości przypadków zaburzeń żołądkowych, grają rolę, nie te z gruba uchwytne zmiany w posuwaniu się widocznych (pod ekranem) mas pokarmowych, lecz pewne, o wiele subtelniejsze, zaburzenia w usuwaniu rozpuszczonych już pod wpływem trawienia żołądkowego składników pokarmu. Śledząc wielkość n, która najdokładniej odzwierciadlała stężenie tych rozpuszczonych składników pokarmu, przekonałem się o istnieniu nadmiernej pracy trawiennej w przypadkach tej grupy. Już stężenie treści 3 było znacznie większe, niż w treści A, zaś w następnych treściach 4, 5, 6 a nawet 8 n dochodziło niekiedy do niezwykle wysokich wartości 28,0 do 30,0 i powyżej, a to przy braku domieszek zewnętrznych. Zachowanie się żołądka w tych przypadkach było różne. W jednych przypadkach stężenie treści po spożyciu białka szybko wzrastało, tak, że już treść 2 była bardziej stężona, niż treść A; następne treści 3, 4, lub 5 wykazywały wówczas nader znaczne stężenie, które szybko spadało, tak, że w treści 6, a najpóźniej w treści 8, stężenie zbliżało się do wa-

[5]) Wciąż podkreślam: o ile nadmierne zewnętrzne domieszki nie zniekształcały obrazu rzeczywistego.

runków prawidłowych. Dość równolegle z ogólnem stężeniem szła czasami, ale nie zawsze, zawartość „wolnego“ HCl i ogólna kwasota. Przypadki te należą najczęściej do typu o wydzielaniu przyśpieszonem oraz wzmożonem ilościowo i jakościowo.

W innych znów przypadkach stężenie treści wzrastało z początku powoli, poczem, zaczynając od treści 3, przyrost stężenia bardzo się wzmagał, i każda następna treść była bardziej stężona od poprzedniej. Największe stężenie wykazywała wówczas treść 6 lub 8. Stężenie HCl również dochodziło stopniowo do znacznej wielkości. Są to przeważnie przypadki z zaburzeniami głównie ze strony ruchowej żołądka, w których skurcz odźwiernika, niedostateczna lub nieskojarzona perystaltyka i perystola żołądka powoduje zbyt długie pozostawanie rozpuszczonego białka w żołądku, z następowem powstawaniem coraz to prostszych (stosunkowo) pochodnych białka. Wyniki prób sulfosalicylowej i biuretowej wypadają, oczywiście, silnie dodatnio w tych przypadkach, przyczem próba biuretowa wykazuje znaczną ilościową przewagę t. zw. peptonów.

Grupa IV.

Przypadki nowotworów złośliwych żołądka.

Stężenie treści A, wydobytej za pomocą zgłębnika cienkiego odpowiadało (zwłaszcza w razie obecności zaległości pokarmowych) dość dokładnie stężeniu tejże treści, wydobytej za pomocą zgłębnika zwykłego. Jest to zrozumiałe, gdyż w razie większych zaległości, wydobywałem je (t. j. ich płynną część) za pomocą cienkiego zgłębnika prawie tak samo szybko, jak przy użyciu zgłębnika zwykłego, wskutek czego wpływ wydzielania żołądkowego podczas samej procedury zgłębnikowania był niewielki.

Treść A była znacznie bardziej stężona, niż w przypadkach innych schorzeń u, mianowicie, wynosiło conajmniej 24.0 s i v były również większe, niż w innych przypadkach.

W treści 1 stwierdzałem bez wyjątku gwałtowny spadek stężenia, w porównaniu z treścią A. Na to zjawisko składa się szereg powodów, że wymienię tylko: 1) rozcieńczenie treści A (pozostałej w żołądku po zgłębnikowaniu naczczo 100-u cm wody przekroplonej musiało być tem wyraźniejsze, im większe było stężenie tejże treści i im mniej jej pozostawało w żołądku po zgłębnikowaniu naczczo, 2) wybitne upośledzenie wydzielania, 3) głęboko sięgające zaburzenia w czynności ruchowej żołądka, 4) skurcz lub zwężenie odźwiernika w części przypadków i t. d. i t. d. (p. doniesienia poprzednie).

W treściach następnych stężenie albo nie wzrastało wcale, albo też wzrastało bardzo nieznacznie, pozostając stale mniejsze, niż stężenie treści A o 3 do 8 jedności n. Żołądek zachowywał się zatem podobnie do przypadków grupy II, z tą różnicą, że niewydolność trawienna w przypadkach raka była zaznaczona o wiele jaskrawiej, niż w innych przypadkach, z upośledzeniem sprawności trawiennej żołądka. Zachodziły tutaj różnice tylko ilościowe, ale różnice dosadne i łatwo uchwytne. Mimo to, i tu muszę zaznaczyć, że przy stosowaniu zgłębnika cienkiego, różnice te były liczbowo nieco mniejsze, niż przy stosowaniu zgłębnika zwykłego. Przyczyna tego zjawiska jest niezawodnie stale ta sama (p. w.).

Zestawiając wyniki powyższe, stwierdzam, co następuje:

1) W przypadkach bez zaległości pokarmowych w żołądku, treść, wydobyta naczczo za pomocą zgłębnika cienkiego, jest bardziej stężoną, niż treść, otrzymana przy zastosowaniu zgłębnika zwykłego, i nie może być utożsamiana z zawartością żołądka w okresie „międzytrawiennym“.

2) Wyniki, osiągnięte przy cząsteczkowem badaniu treści żołądkowej (z zastosowaniem metod fizyczno-chemicznych), odpowiadają w ogólnych zarysach wynikom, otrzymanym przy wydobywaniu treści zgłębnikiem zwykłym. Jednakże, (w dość licznych przypadkach) charakterystyczne, dla poszczególnych odchyleń czynnościowych żołądka, zachowanie się fizyczno-chemicznych właściwości treści występuje bardziej dosadnie przy użyciu zgłębnika zwykłego.

3) W pojedyńczych przypadkach badanie cząsteczkowe treści jest w stanie wykazać pewne odchylenia sprawności czynnościowej żołądka, których nie możemy wykryć, stosując zgłębnik zwykły. Dotyczy to szczególnie przypadków z trawieniem spóźnionem, z wahającą się czynnością wydzielniczą (Klettertypus) oraz niektórych odmian wzmożonego wydzielania lub zaburzeń w czynności ruchowej żołądka.

4) Wobec szeregu niedogodności i nieścisłości, związanych z użyciem zgłębnika cienkiego, stosowanie zgłębnika zwykłego jest bardziej wskazane. Jedynie w przypadkach, w których za pomocą zgłębnika zwykłego nie udaje się wydobyć treści naczczo, należy stosować zgłębnik cienki, a tem samem, i badanie cząsteczkowe. Stosowanie zgłębnika *à demeure* jest także wskazane w tych przypadkach, w których istnieją bezsprzecznie zaburzenia lub dolegliwości ze strony żołądka, a jednak przy użyciu zgłębnika zwykłego, otrzymujemy naczczo i w $^3/_4$ godziny po spożyciu mieszaniny wody z białkiem, takie zawartości żołądka, których cechy fizyczno-chemiczne nie wykazują odchyleń od warunków fizjologicznych. W tych przypadkach, powtórne badanie żołądka za pomocą zgłębnika *à demeure* i przy zastosowaniu metod fizyczno-chemicznych dostarcza danych, dostatecznych do rozpoznania rodzaju i stopnia odchylenia od warunków prawidłowych trawienia żołądkowego.

Piśmiennictwo.

1) Ehrenstreich: Zft. f. klin. Med. 75. 3, 4. — 2) Ehrmann: Dtsch. med. Wft., 1912, 38. — 3) Rehfuss, Bergheim i Hawk: Journ. of Am. Med. Assoc. 1921, 76, 6 i 9. — 4) Labbé i H. Meudrac: Ann. de Med. 17, 2, 1925. — 5) Katsch i Kalk: Kl. Wft., 1925, 46. — 6) Vandorfy: Kl. Wft., 1922, 45. — 7) Filimonoff: Therap. Arch. 1925, 1. — 8) Gorschkoff: Arch. f. Klin. u. exp. Med., 1922, 1. — 9) Küttner: Spez. Path. u. Ther. im Krankh. 1914. — 10) Schwarz i Seldina: Arch. f. Verdkr., 1925, XXXV, 3/4. — 11) S. Cytronberg: Arch. de Malad. de L'app. dig. 1925, XV, 7; Badanie sprawności czynnościowej żołądka przy pomocy metod fizyczno-chemicznych, doniesenie I, Polsk. Arch. med. wewn., 1926, IV, 1. — 12) Tenże: don. II., Polsk. Arch. med. wewn., 1926, IV, 2, i w druku, Arch. de Mal. de l'app. dig. 1926. — 13) Tienże: don. III., Polsk. Ach. med. wewn. ma się ukazać w zesz. 3, t. IV, 1926. — 14) Boldyreff: Erg. d. Phys. Ascher-Spiro, 11. — 15) Carlson: cyt. wg. Jarno i Hecks, W. kl. Wft., 1920. — 16) Jarno i Hecks: ibidem, oraz Jarno, ibidem, 1920, 41. — 17) Rehfuss, Hawk i inn., l. c. — 18) Hirschberg i Ganskau: Kl. Wft., 1925, 46. 19) Galewski, 1923, Med. Klin. oraz tenże Arch. f. Verd., 1925, XXXIV, 3/4. 20) Rothschild: Arch. f. Verd., 1925, XXXV, 5/6. — 21) Lim, Ivy, Mc. Carthy: Quart. Journ. of exp. Phys., 1925, 15, 1. — 21) Cisami: Am. Journ. of Phys., 1925, 72, 1. — 22) S. Cytronberg: Polsk. Gaz. Lek., 1925, 50 i 51.

Dr. Roman GLASSNER. Kraków.

Znaczenie kliniczne objawu Tschermaka i Aschnera w różnych schorzeniach mięśnia sercowego.

Z 4 sposobów mechanicznego badania systemu wegetatywnego najstarszym i najbardziej rozpowszechnionym jest sposób Tschermaka, polegający na bezpośrednim ucisku na tę część nerwu błędnego, która przebiega na szyi w bliskości tętnicy szyjnej i równolegle do niej.

Tschermak a za nim Quinke, Thanhofer, Wasilewsky, Concato i inni stwierdzili, że uciskając we wyżej wspomnianym odcinku na nerw błędny, czynność serca zwalnia, a nawet na kilka do kilkunastu sekund ustaje, co się tłumaczy mechanicznem drażnieniem nerwu błędnego.

Z bardzo obfitej literatury na ten temat co do powodu wywołania objawu Tschermaka wspomnę jednak o odmiennej koncepcji Erbena, który zwolnienie tętna, wywołane zabiegiem Tschermaka odnosi do ucisku na żyły szyjne, który to znów ucisk wywołuje zaburzenia w krążeniu wśródczaszkowem. Na pewne kliniczne znaczenie objawu Tschermaka zwrócił pierwszy uwagę Wenckebach. Badając wpływ nerwu błędnego na różne zaburzenia rytmu serca u ludzi zdrowych i chorych, zauważył, że u jednostek z uszkodzonym, mniej sprawnym, mięśniem sercowym już najlżejszy ucisk na nerw błędny wywołuje objaw Tschermaka o wybitnem nasileniu. Dalsze spostrzegania tych chorych stwierdzały szybki postęp niedomogi sercowej, która w stosunkowo szybkim czasie kończyła się śmiertelnie. Na tej podstawie przyjmuje Wenckebach, że u jednostek, u których objaw Tschermaka jest bardzo wybitnie dodatni — uszkodzenie mięśnia sercowego jest daleko zaawansowane, a rokowanie winno być bardzo ostrożne.

Spostrzeżenia powyższe potwierdzili A. Weil i Kleeman z kliniki Romberga, a w niedawnem, tymczasowem doniesieniu i Ortner.

Znane jest trudne położenie nawet wytrawnego i doświadczonego lekarza, gdy ma ocenić stopień schorzenia mięśnia sercowego względnie jego sprawność w okresie, kiedy objawy niedomogi znajdują się jeszcze w stanie utajenia; ileż to razy chory, u którego trudno cośkolwiek przedmiotowo stwierdzić, ginie w następny już dzień nagłą śmiercią wśród ataku dusznicy bolesnej! Niestety do tej chwili nie posiadamy sposobu ani metody ścisłej i pewnej, któraby przy łożu chorego to tak ważne zadanie oceny sprawności mięśnia sercowego spełniała.

Wszystkie dotychczasowe metody, nawet plethysmograficzne i elektrokardjograficzne — pomijając niemożliwość ich zastosowania przy łożu chorego, — są niepewne, zależne od różnych ubocznych wpływów, przeważnie zawodzą. Gdyby się zatem spo-

strzeżenia Wenckebacha i innych sprawdziły, byłoby to dla lekarza-praktyka niezwykle cenne i doniosłe, bo bez jakichkolwiek przyrządów, przy pewnej tylko wprawie mógłby przy łożu chorego rozstrzygać o potrzebie leczenia, a co jeszcze ważniejsze bo i o rokowaniu.

Moje spostrzeżenia i badania w tym kierunku datują się od końca 1915 r. do końca 1925, a zatem obejmują 10 lat i dotyczą 3075 chorych, oraz 1200 zdrowych, względnie również chorych lecz o zdrowym układzie krążenia. Podzieliłem cały mój materjał na 2 grupy zasadnicze, a mianowicie do 45 lat i powyżej 45 lat wychodząc ze założenia, że po 45 roku życia zwłaszcza u mężczyzn miesień sercowy, naczynia wieńcowe serca, oraz tętnice główne już nie są bezwzględnie zdrowe. Materjał mój pochodził z licznych i różnorodnych oddziałów szpitalnych, wojskowych, gdzie byłem kierownikiem, z Kasy Chorych w Krakowie oraz dotyczą chorych prywatnych.

Grupę chorych ze schorzeniami sercowemi podzieliłem na chorych z wadami zastawkowemi, chorych z wyraźnemi zmianami w naczyniach i mięśniu sercowym oraz na chorych, których wywiady przemawiały za uszkodzeniem mieśnia sercowego, lecz przedmiotowo nic lub niewiele można było stwierdzić. Osobną grupę tworzą chorzy, u których w przebiegu chorób zakaźnych (duru brzusznego, błonicy, czerwonki, płonicy oraz grypowego zapalenia płuc) zaznaczały się objawy niedomogi serca.

Przypatrzymy się pierwszej grupie liczącej 1435 chorych poniżej 45 roku życia. Z 1045 chorych przypadających na jednostki obarczone schorzeniami serca było 780 wad zastawkowych, a 195 schorzeń naczyń i mięśnia sercowego. Na 780 wad zastawkowych objaw Tschermaka był 115 razy wyraźnie dodatni, a na 195 schorzeń naczyń i mięśnia sercowego 51 razy wyraźnie dodatni, u chorych zaś, u których istniały tylko podmiotowe objawy (70 chorych)[1]) 18 razy dodatni.

U wszystkich powyżej wymienionych sprawność mięśnia sercowego w granicach normalnej pracy nie była upośledzona, natomiast u 215 chorych z wyraźnemi objawami niedomogi objaw Tschermaka był tylko 16 razy dodatni.

Pozostaje nam jeszcze grupa 390 chorych z chorobami zakaźnemi, u których ciężki przebieg zakażenia wywołał objawy niedomogi sercowej. W tych 390 przypadkach objaw Tschermaka był 11 razy dodatni, a z tego 8 razy w przebiegu duru brzusznego, ani razu w przebiegu grypowego zapalenia płuc (na 126 przypadków).

Druga wielka grupa jednostek powyżej 45 roku życia obejmuje 1640 chorych z tej liczby przypada: na wady zastawkowe nie miażdżycowego pochodzenia 560 z 112 razy dodatnim Tschermakiem, na wady zastawkowe wyłącznie miażdżycowego pochodzenia (przeważnie niedomykalność zastawek aorty), 138, z 7 razy dodatnim Tschermakiem; na schorzenia naczyń i mięśnia sercowego 730 z 67 razy dodatnim Tschermakiem; na choroby zakaźne z objawami niedomogi serca 198 z 9 razy dodatnim Tschermakiem, wreszcie na chorych, u których wywiady pozwalają przypuścić schorzenie układu krążenia mimo brak przedmiotowych objawów 50 z 8 razy dodatnim Tschermakiem.

W tej całej grupie. wyłączając choroby zakaźne, było 186 przypadków z objawami wyraźnej niedomogi mięśnia sercowego, wśród których objaw Tschermaka był 7 razy dodatni. Zupełnie odrębną grupę stanowią jednostki w liczbie 1200 ze zdrowym układem krążenia, względnie z cierpieniami, które na układ krążenia zwykle nie mają wpływu. Zatrzymując wyżej uwzględniony podział, zaznaczam, że 520 badanych nie przekroczyło 45 roku życia, a 680 pozostawało we wieku od 45 do 71 lat. Z owych 520 poniżej 45 lat miało 192 objaw Tschermaka silnie dodatni, a z 680 powyżej 45 lat objaw Tschermaka był tylko 69 razy dodatni. Już w tem miejscu podkreślam, że specjalnie wysoki odsetek dodatniego objawu Tschermaka stwierdziłem u chorych z dychawicą oskrzelową oraz u tych osób, gdzie niewątpliwie stwierdzono wrzód żołądka, względnie istniało silne podejrzenie w kierunku tego cierpienia. Mimo, iż wyników moich badań nie przedstawiłem w postaci odpowiedniej tabeli, sądzę, że operując tak prostym podziałem i tak skromną ilością liczb, zorjentowanie się co do wyników nie przedstawi trudności. Zanim sam wyniki moje ujmę w pewne prawidła, podkreślam, że badania były bardzo skrupulatne w tem znaczeniu, iż nigdy nie ograniczałem się do jednorazowego badania. Każdy przypadek nietylko, że wielokrotnie badałem, ale bardzo często przez kilka dni, by upewnić się, że odczyn dodatni lub ujemny nie jest wyrazem chwilowego stanu napięcia nerwu błędnego. Co do techniki zabiegu posługiwałem się lekkim i silnym uciskiem, unikając ucisku na tętnicę szyjną, coby się nie nakrywało z doniesieniem Ortnera[2]).

We wszyskich przypadkach równocześnie badałem objaw Aschnera. O jakiejkolwiek zasadzie, że tam gdzie objaw Tschermaka jest dodatni, tam i objaw Aschnera winien również być dodatni, (w obu bowiem przypadkach wynik zależy od wzmożonej wrażliwości nerwu błędnego) — mowy niema.

Często objaw Aschnera był dodatni a Tschermaka ujemny[3]) a jeszcze częściej było odwrotnie. A teraz należy zastanowić się jakie można wysnuć wnioski z moich badań i jakie one dają wskazówki. Jako pewnik można przyjąć, co zresztą nie jest rzeczą sporną, że układ parasympatyczny jest u osobników młodych i zdrowych bardziej wrażliwy, aniżeli u starszych. Moja statystyka (192 razy dodatnia na 520 młodych i zdrowych) w zupełności pokrywa się z podaniami Platza ogłoszonemi w podręczniku L. R. Müllera. Co do najważniejszej kwestji i właściwego celu mych badań, czy dodatni Tschermak dowodzi uszkodzenia mięśnia sercowego i utajonej niedomogi, muszę być na podstawie moich danych statystycznych bardzo ostrożny w ujęciu jakiejkolwiek zasady. Statystyka Wenckebacha, Weila, Kleemanna, Heringa i Kocha, pomijając, że nie jest zgodna — ma tę wadę, że dotyczy bardzo skromnej liczby badanych i nie jest wykluczoną rzeczą, że u tych autorów istnieje taki zbieg okoliczności, że ci chorzy mieli równocześnie nadwrażliwy układ parasympatyczny.

Przeważnie mało się zajmujemy kliniką układu wegetatywnego, a jeśli tu i ówdzie zatrzymujemy się nad pewnemi objawami to pod naciskiem pracy Eppingera i Hessa.

Natomiast można z powyższych spostrzeżeń twierdzić, że osłabienie, względnie uszkodzenie serca w przebiegu chorób zakaźnych nie wyraża się dodatnim objawem Tschermaka lub Aschnera za wyjątkiem duru brzusznego; widocznie jady bakteryjne do tego stopnia porażają nerw błędny, że mechaniczne drażnienie pozostaje już bez wpływu.

Jad durowy ma jakieś specyficzne powinowactwo do nerwu błędnego, gdyż wolne tętno przy durze mimo wysoką ciepłotę, przemawia przy klinicznych wątpliwościach rozpoznawczych za durem[4]).

Najmiarodajniejsze dla jakichkolwiek wniosków będzie porównanie grupy chorych ze stwierdzonem schorzeniem i upośledzeniem mięśnia sercowego powyżej 45 lat z grupą zdrowych powyżej 45 lat. Otóż w grupie zdrowych jest Tschermak dodatni u 10% badanych, a w grupie chorych z wyraźną niedomogą niespełna w 4%. Najcharakterystyczniejszą jest mała grupa 50 chorych z przypuszczalnem schorzeniem mięśnia sercowego, lecz bez jakichkolwiek objawów niedomogi, w tej bowiem grupce jest objaw Tschermaka dodatni u 16% badanych.

Niemniej charakterystyczną jest grupa chorych z niewątpliwą niedomogą gdzie objaw Tschermaka jest dodatni w niespełna 4%. Innemi słowy serce, które wykazuje już wyraźne objawy niewyrównania jest refraktywne wobec zabiegu Tschermaka.

Jak już wyżej wspomniałem trudno z wyników moich badań tworzyć jakieś reguły (choćby z wyjątkami) lub prawa, nie uwzględniając nawet zasady, że niewolno w naszej wiedzy głosić dogmatów. A jednak pewne oblicze się wyłania, które najlepiej scharakteryzowałbym w następujący sposób:

1) U osobników młodych objaw Tschermaka jest bardzo często dodatni przy zupełnie zdrowym układzie krążenia; obecność tego objawu dowodzi tylko nadwrażliwości układu parasympatycznego.

2) U osobników starszych, zwłaszcza u takich, gdzie nie można wykluczyć schorzenia serca, obecność objawu Tschermaka nakazuje pewną ostrożność w rozpoznaniu ujemnem jak i w rokowaniu; brak jednak tego objawu nie przechyla szali na korzyść ujemnego rozpoznania.

3) U osobników, u których wśród przebiegu choroby zakaźnej, występują objawy niedomogi serca, jak i u jednostek ze staremi schorzeniami serca, z chwilą wystąpienia niewyrównania — objaw Tschermaka należy do rzadkości. Z tego ostatniego zjawiska można wnosić, że znaczne uszkodzenie siły dynamicznej mięśnia sercowego znosi zdolność nerwu błędnego, ha-

[1]) Tych 70 chorych zaliczyłem do grupy schorzeń naczyń i mięśnia sercowego.

[2]) Ortner: Vagus oder Carotis Druckversuch? Med. Klinik 1926.

[3]) Glassner: Przyczynek do wagotonji z bardzo silnym objawem Aschnera. Przegląd lekarski 1916 r.

[4]) Na ten temat postawiłem własną hipotezę, której tu, jako nienależącej do rzeczy nie rozwijam.

mowania mechanizmu powstawania podniet we węźle zatokowym, względnie przewodzenia tych podniet.

Jak na początku wspomniałem spostrzeżenia moje rozpocząłem jeszcze w roku 1915, uciskając wedle mego przekonania wyłącznie nerw błędny; rozmyślnie bowiem starałem się w przypadkach odpowiednich usunąć tętnicę szyjną na bok, osoba asystująca uciskała nerw błędny w miejscu jego przypuszczalnego przebiegu; już bowiem wtedy ze sprawozdania z Kongresu wiedeńskiego (1913) znałem wywody Heringa, który zalecał, by objaw Tschermaka utożsamiać z naciskiem nie na nerw błędny, lecz na tętnicę szyjną. Stanowczo zdarzało się, że uciskiem na tętnicę szyjną, nawet lekkim, nie wywołałem objawu Tschermaka podczas gdy bezpośrednim uciskiem na nerw błędny uzyskałem wyraźne zwolnione tętno. Zresztą jest o tyle rzeczą obojętną, że tak Wenckebach jak i Hering i Koch i Weil i Ortner nie zaprzeczają, że główną i właściwą rolę odgrywa tu nerw błędny, a czy to się dzieje odruchowo przez ośrodek nerwu błędnego, czy też bezpośrednio przez drażnienie odcinka dosercowego — sądzę — jest sprawą drugorzędną. Ortner utrzymuje, że wielokrotnie wywołał objaw Tschermaka również przez lekki ucisk na tętnicę udową, przez co ma zyskać na prawdopodobieństwie jego twierdzenie, że nie ucisk bezpośredni na nerw błędny wywołuje objaw Tschermaka, ale odruch od każdej gałązki przebiegającej w warstwie zewnętrznej *(adventitia)* naczynia, a może nawet i poprzez gałązkę nerwu współczulnego, wspólnie z gałązką nerwu błędnego, unerwiającą tętnice.

Praca Ortnera, a właściwie luźne jego spostrzeżenia, jak już wyżej wspomniałem ukazały się po zamknięciu mego materjału; mimo to pokusiłem się sprawdzić na dodatkowym materjale jego doświadczenie i ani razu, dosłownie ani razu, nie udało mi się wywołać objawu Tschermaka przez ucisk na tętnicę udową w tych wszystkich przypadkach, gdzie był dodatni, przez bezpośredni ucisk na nerw błędny na szyji.

Znane jest oddawna i w praktyce stosowane zwolnienie czynności serca zapomocą całkowitego zacisku tętnic udowych, a nawet i ramieniowych, ale to zjawisko zupełnie inaczej sobie tłumaczymy.

Dalsze doświadczenia w kierunku zachowania się objawu Tschermaka, czy też Aschnera w schorzeniach mięśnia sercowego są konieczne dla zużytkowania tych objawów w celach rozpoznawczych i leczniczych. Ponieważ metoda jest łatwa i przystępna każdemu lekarzowi, można uzyskać bardzo bogate spostrzeżenia, które kiedyś posłużą do skonstruowania odpowiedniej tezy. Niech niniejsze słowa zachęcą licznych lekarzy do odpowiednich sprawdzań. Wielka statystyka zadecyduje o pożyteczności i użyteczności tych objawów w codziennej praktyce.

W niniejszych doświadczeniach metoda statystyczna będzie tą ścisłą metodą, o której w dyskusji nad odczytem prof. Szumowskiego w „Krakowskiem Tow. lekarskiem" wspomniał prof. Bujwid, jako o metodzie decydującej w niektórych zawikłanych zagadnieniach.

Prof. A. BEDNARSKI. Lwów.

O zagłębieniu fizjologicznem nerwu wzrokowego przy ametropji.

Wykład wygłoszony na XII. Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w Warszawie.

Na II. Zjeździe Okulistów Polskich we Lwowie przedstawiłem wyniki badań moich nad zachowaniem się zagłębienia fizjologicznego tarczy nerwu wzrokowego przy emmetropji, jakoteż przy ametropji. Po Zjeździe badania swe prowadziłem dalej, z jednej strony dla własnej kontroli, z drugiej, aby wnioski otrzymane oprzeć na większym materjale. Dzisiaj pozwalam sobie zabrać głos, jednak nie tylko dla potwierdzenia wniosków już wypowiedzianych, ale przedewszystkiem dla uzupełnienia moich spostrzeżeń, dotyczących zachowania się zagłębienia fizjologicznego tarczy przy ametropji.

Dzisiejsze moje spostrzeżenia opieram na badaniu, w obrazie wziernikowym, 450 gałek ocznych, nie co do obecności, ale co do głębokości i szerokości fizjologicznego zagłębienia nerwu wzrokowego. Rozchodzi się więc tutaj tylko o takie przypadki, w których stwierdzono obecność zagłębienia fizjologicznego, przyczem pominięte są przypadki, w których ekskawacji nie było. Nie chcę przytaczać szeregu szczegółowych cyfr a ograniczę się tylko do krótkiego streszczenia wniosków do których doszedłem i do objaśnienia tychże.

W emmetropji i hipermetropji niskiego stopnia najczęściej spotykamy miernie głębokie zagłębienia fizjologiczne nerwu wzrokowego. Natomiast przy myopji niskiego stopnia najczęściej zdarzają się płytkie zagłębienia fizjologiczne tarczy.

Przy myopji i hipermetropji średniego stopnia spotykamy najczęściej płytkie zagłębienia fizjologiczne tarczy. Obok tego w hipermetropji średniego stopnia zdarzają się dość często zagłębienia fizjologiczne tarczy miernej głębokości, podczas gdy w myopji średniego stopnia należą one już do rzadkości.

Co się tyczy głębokich ekskawacji (nie t. zw. dużych i głębokich), to te najczęściej spotykałem w hipermetropji niskiego stopnia, potem przy emmetropji, następnie przy hipermetropji średniego stopnia a wreszcie przy myopji niskiego stopnia. Znachodzimy je także i w hipermetropji wysokiego stopnia. Przy myopji zaś już średniego stopnia nie spotykałem głębokich ekskawacji.

Stwierdziłem dalej, że im wyższego stopnia jest ametropja, tem rzadziej spotykamy zagłębienie fizjologiczne tarczy, zaś przy bardzo wysokich myopjach, jakoteż przy bardzo wysokich hipermetropjach wogóle zagłębienia fizjologicznego tarczy nie spotykamy. Najwyższa myopja przy której znalazłem jeszcze wziernikiem ocznym ekskawację fizjologiczną wynosiła —12 D., najwyższa zaś hipermetropja +9 D., były to jednak przypadki wyjątkowe.

W miarę wzrostu ametropji coraz rzadziej spotykamy zagłębienie fizjologiczne na tarczy, dzieje się to jednak w inny sposób przy hipermetropji a w inny przy myopji. Przy hipermetropji zagłębienie fizjologiczne tarczy zanika skutkiem działania dośrodkowego, przez zwężanie się kanału nerwu wzrokowego czyli pierścienia twardówkowego, ekskawacja staje się coraz węższą, aż wreszcie zostaje zaciśniętą i zanika. Natomiast przy myopji, czem raz wyższej, zagłębienie fizjologiczne staje się coraz płytsze i wreszcie zanika przez działanie odśrodkowe, przez rozciąganie pierścienia twardówkowego, skutkiem rozciągania się gałki w tylnym biegunie, przyczem ekskawacja pozostaje szeroka, a nawet należy przypuścić, że się raczej szerokość jej powiększa. A więc jednem słowem, przy hipermetropji zagłębienie fizjologiczne tarczy zostaje zaciśnięte, zaś przy myopji rozciągnięte.

Pozatem ostatnie badania moje w zupełności potwierdziły wnioski wysnute z poprzednich moich badań nad zachowaniem się fizjologicznego zagłębienia nerwu wzrokowego, które wypowiedziałem na Zjeździe Okulistów Polskich we Lwowie w r. 1924[1]).

Z PRAKTYKI.

Dr. Henryk REISS, asystent kliniki. Kraków.

Stosowanie szczepionek własnych w ropnych schorzeniach skóry i rzeżączce.

Z kliniki dermatologicznej U. J. Dyrektor: Prof. Dr. F. Walter.

Trudności, jakie napotykamy przy próbach szybkiego sporządzania szczepionek własnych w leczeniu zakaźnych chorób skóry i rzeżączki są przyczyną, że głównie posługujemy się obcemi szczepionkami wielowartościowemi. Nie brakło prób szybkiego sporządzania szczepionek własnych. S o i Y a m a m o t o posługiwali się świeżą wydzieliną ropną z cewki, którą rozcieńczali roztworem fizjologicznym soli kuchennej, poczem ogrzewali do ciepłoty 60° Cels. przez pół godziny i dodawali kwasu karbolowego w ilości 5%. C r o c k e r w leczeniu rzeżączki używał jako szczepionki moczu przesączonego przez sączek Berkefielda lub odwirowanego po przesączeniu. H e c h t i O s s w a l d stosowali szczepionkę rzeżączkową uzyskaną z moczu chorego, który odwirowali, przemywali osad solą i dodawali 0,25% kwasu karbolowego. W ostatnich czasach jeden z takich sposobów uproszczonego przygotowania szczepionek własnych podał O r s o s.

O r s o s leczył zapalenia ropne skóry i błon śluzowych szczepionkami sporządzonemi z ropy lub soku tkankowego ze zmian chorobowych a zawierającemi własne toksyny drobnoustrojów. Celem zabicia bakteryj, bez zniszczenia ich toksyn, rozcierał autor w moździerzu wydzielinę ropną w ilości 2—3 uszek ezy z y a t r e n e m[2]) w ilości 0,04—0,06 gr. Następnie dodawał wody sterylizowanej do objętości 8 cm^3 i roztwór ten wstrzykiwał dożylnie w różnych ilościach i określonych odstępach czasu. Wyniki lecznicze miał bardzo korzystne.

Na materjale chorych kliniki dermatologicznej U. J. wypróbowałem ten sposób leczenia szybko sporządzanemi szczepionkami w przypadkach chorób skórnych i rzeżączki. Szczepionki sporządzałem silniejsze, używając bądźto większej ilości wydzieliny ropnej, bądź mniejszej ilości wody, wskutek czego szczepionki zawierały większą ilość toksyn.

Technika sporządzania tych własnych szczepionek była następująca: W moździerzu wyjałowionym przez gotowanie rozciera-

[1]) Klinika Oczna 1924. Arch. d'Ophtalm. XLII. 1925.

[2]) Kwas jodooxychinolinosulfowy o zawartości 30% jodu.

łem pewną ilość ropy, zależnie od jej jakości z 0,05 gr. yatrenu przez dwie minuty. O ile miałem do czynienia z czystą, świeżą ropą, brałem ją 6—8 razy na uszko ezy i tę uzbieraną ilość rozcierałem z podaną ilością yatrenu; o ile wydzielina była śluzowo-ropną lub śluzową, starałem się jej uzbierać więcej, nawet do wielkości ziarna soczewicy. Następnie nabierałem do pipety 7 cm³ wyjałowionej wody przekroplonej i wpuszczałem 2 krople do moździerza zarabiając je z roztartym poprzednio yatrenem na papkę, poczem zwolna mięszając, wylewałem resztę wody z pipety do moździerza. Otrzymawszy w ten sposób płyn ciemno-żółty mniej lub więcej przeźroczysty przelewałem do flaszeczki wyjałowionej, którą zatykałem korkiem gumowym. Szczepionkę w ten sposób sporządzoną można było natychmiast użyć, a zawartość flaszeczki wystarczała na 3—4 wstrzyknięcia. Po jej wyczerpaniu, o ile zachodziła tego potrzeba, sporządzałem nowe szczepionki.

Przeszczepienia świeżo sporządzonych szczepionek gronkowcowych i rzeżączkowych na pożywki dały zupełnie ujemne wyniki.

W liczbie 34 chorych tym sposobem leczonych były:

4 przypadki zapalenia pęcherza (t. j. 2 rzeżączkowe i 2 wywołane przez prątek jelitowy),

1 przypadek zapalenia nieżytowego cewki,

1 przypadek czyraczności (*furunculosis*),

2 przypadki liszajca skóry, twarzy i tułowia (*impetigo vulg.*),

1 przypadek figówki pospolitej (*sycosis vulg.*),

6 przypadków trądzika ropnego pospolitego (3 skóry twarzy i 3 skóry tułowia),

4 przypadki zapalenia przyjądrza (2 w przebiegu rzeżączki ostrej a 2 w przebiegu przewlekłej),

13 przypadków rzeżączki cewki (z czego 3 w przebiegu rzeżączki przewlekłej a 10 w przebiegu ostrej, z tych ostatnich zaś 5 w przebiegu rzeżączki cewki przedniej i 5 całej cewki),

1 przypadek wrzodu miękkiego.

Szczepionki znosili chorzy bez większych dolegliwości.

Po wstrzyknięciach wśródżylnych następował odczyn ogólny ustroju w 70% przypadków. Objawiał się wzmożeniem się ciepłoty ciała i ogólnem osłabieniem, niekiedy bólami głowy. Ciepłota ciała wzrastała w 2—3 godzin po wstrzyknięciu i wahała się zazwyczaj między 37—38,5° C., wyjątkowo tylko przekraczała 38° C.

W ośm do dwunastu godzin po zastosowaniu szczepionki ciepłota ciała opadała, stan ogólnego osłabienia natomiast utrzymywał się nieraz nieco dłużej. Miejscowy odczyn po wstrzykiwaniach dożylnych nie występował zupełnie.

Po wstrzykiwaniach domięśniowych odczyn ogólny występował znacznie rzadziej niż po dożylnych i w mniejszym stopniu, występował też nieco później i dłużej się utrzymywał. Odczyn miejscowy występował tu również rzadko, w postaci nieznacznego zaczerwienienia skóry i obrzęku w miejscu wstrzyknięcia; przeważały natomiast skargi chorego na bóle miejscowe, trwające po kilkanaście godzin.

Naogół stopień odczynu ogólnego był tem większy, im większe było nasilenie sprawy chorobowej (n. p. szczególnie w zapaleniu rzeżączkowem przyjądrza), większy też bywał po pierwszem wstrzyknięciu niż po następnych.

Odczyn ogniskowy występował wybitnie po pierwszem wstrzyknięciu u chorych na rzeżączkę powikłaną zapaleniem przyjądrza. Przyjądrze stawało się większe, twardsze i boleśniejsze. U chorych z ropnem zapaleniem skóry spostrzegałem odczyn ogniskowy w postaci wzmożonego sączenia i zaczerwienenia, wszelako tylko po pierwszem wstrzyknięciu i tylko w razie znacznego stopnia sprawy chorobowej.

W czterech przypadkach zapalenia pęcherza i w jednym przypadku zapalenia przyjądrza, wobec braku dostatecznej ilości wydzieliny, użyłem jako materjału do sporządzania szczepionek — osadu moczu odwirowanego, z którym następnie postępowałem podobnie jak z wydzieliną ropną, wszelako używałem większych jego ilości. I tak do jednorazowego sporządzenia szczepionki brałem cały osad, uzyskany z 10 cm³ odwirowanego moczu.

Wstrzykiwania stosowałem co drugi dzień i to u jednych chorych dożylnie, u drugich domięśniowo, w ilości po 2 cm³. Jako perwszą dawkę wstrzykiwałem jednak mniejszą ilość, celem przekonania się o tolerancji ze strony chorego.

Dożylnie stosowałem szczepionkę tylko w 15 przypadkach, a mianowicie:

w 1 przypadku liszajca

w 3 przypadkach trądzika skóry twarzy

w 1 przypadku trądzika skóry twarzy i tułowia,

w 2 przypadkach zapalenia przyjądrza,

w 2 przypadkach przewlekłej rzeżączki cewki,

w 5 przypadkach ostrej rzeżączki cewki,

w 1 przypadku nieżytowego zapalenia cewki.

W czasie tego leczenia nie stosowano innych środków leczniczych, conajwyżej okłady, z obojętnych rozczynów wodnych lub maści. Natomiast chorych na rzeżączkę leczono pozatem wewnętrznie i miejscowo.

Najlepsze wyniki lecznicze uzyskałem w schorzeniach ropnych skóry, używając jako materjału do szczepionki bądź zawartości pęcherzy ropnych, bądź, w razie ich braku, świeżych strupów.

I tak na 6 chorych z ropnym trądzikiem skóry twarzy i tułowia u dwóch (kobiet) ustąpiły objawy chorobowe w zupełności; i to u jednej chorej po 4 wstrzyknięciach dożylnych, u drugiej po ośmiu wstrzyknięciach domięśniowych. W trzech przypadkach pozostałych, nastąpiła znaczna poprawa (leczenia dokończono środkami zewnętrznemi), wreszcie w 1 przypadku poprawa tylko nieznaczna. U chorego z liszajcem i figówką pospolitą uzyskałem zupełne ustąpienie objawów chorobowych po ośmiu wstrzyknięciach domięśniowych, stosując zewnętrznie jedynie okłady z oliwy.

W 2 przypadkach figówki pospolitej u jednego ustąpiły zmiany chorobowe w zupełności po 3 wstrzyknięciach domięśniowych; u dwóch chorych z liszajcem skóry twarzy w jednym przypadku nastąpiło wyleczenie po 4 wstrzyknięciach; w drugim przypadku chory nie dokończył leczenia, mimo, że objawy ustępowały.

W przypadku ostrego zapalenia pęcherza wywołanego przez prątka jelitowego, uzyskałem znaczną poprawę z wyjaśnieniem się moczu po 4 wstrzyknięciach dożylnych szczepionki, podobnie przyrządzonej, stosując jednocześnie przepłukiwania pęcherza rozczynem nadmanganianu potasowego i wstrzykiwania dożylne 40% rozczynu wodnego urotropiny Scheringa.

W 3 przypadkach ostrego rzeżączkowego zapalenia przyjądrza były wyniki dodatnie, zwłaszcza u dwóch chorych przyjądrze w 7—10 dniach wróciło do stanu prawidłowego. W przypadkach ostrej rzeżączki cewki przedniej, lub ostrej rzeżączki całej cewki nie dało się osiągnąć wyników pomyślnych; w 3 przypadkach ostrej rzeżączki cewki przedniej nie mogłem tem leczeniem przeszkodzić przejściu sprawy chorobowej na tylną część cewki. Pozatem charakter wydzieliny i jej obraz drobnowidowy zmieniał się w zależności od leczenia zwykłego, przyczem szczepionki nie miały przeważnie wpływu ani na charakter wydzieliny ani na obecność w nich dwoinek rzeżączki. W jednym zaledwie przypadku rzeżączki ostrej cewki przedniej wydzielina czysto ropna po 17 dniach przybrała charakter czysto śluzowej.

U chorego z wrzodem miękkim żołędzi nastąpiło zupełne zabliźnienie się wrzodu po pięciu wstrzyknięciach domięśniowych. Zewnętrznie stosowałem u niego jedynie okłady z 1% wodnego rozczynu siarczanu miedzi.

Spostrzegłem, że szczepionki stosowane domięśniowo wywołują mniejsze odczyny ze strony usroju, a wyniki lecznicze po wstrzykiwaniach wśródmięśniowych były pomyślniejsze niż po dożylnych, co można sobie tłumaczyć dłuższem działaniem szczepionki, nie ulegającej szybkiemu wydzielaniu.

Z zestawienia tych przypadków wynika, że szczepionki „własne" można stosować ze skutkiem pomyślnym w zapaleniach ropnych skóry i powikłaniach rzeżączki, a sposób ich przyrządzania jest prosty i dostępny dla lekarza praktykującego.

Prof. Dr. L. KORCZYŃSKI. Kraków.

Spostrzeżenia o Cibalginie „Ciba".

Leki, służące do łagodzenia wszelkiego rodzaju bolów, oraz do kojenia i uspokajania układu nerwowego, ośrodkowego i obwodowego, budziły zawsze wielkie zajęcie u lekarzy, a tem samem także u chemików-technologów, usiłujących zaspokoić jak najlepiej idealne żądania lekarskie. Chodziło po prostu o stworzenie tego rodzaju ciał chemicznych, farmako-dynamicznych, które, działając pewnie i skutecznie, nie sprowadałyby t. zw. ubocznych, zupełnie niepożądanych skutków. Nie dziwne, że namnożyło się ich ogromnie wiele, tak wiele, że trudno je już spamiętać. Do dawnego zastępu przybyło w ostatnich czasach sporo nowych — że dla przykładu wymienimy weronacetynę, veramon, allonal, voluntal, noctal, gardenal, somnifen, dormiol, luminal i inne.

Wielka ilość leków, określanych mianem antineuralgica, sedativa i hypnotica, może być po prostu wyrazem zwykłego współzawodnictwa nader licznych fabryk przetworów farmako-chemicznych, ale świadczy w każdym razie o usilnej pracy, dążącej do ciągłego doskonalenia przetworów leczniczych. Owoc tego rodzaju usiłowań przedstawia cibalgina, nowy złożony związek chemiczny, wprowadzony na rynek farmakologiczny przez znaną fabrykę przetworów leczniczych Towarzystwo Przemysłu Chemicznego w Ba-

zylei „Ciba“, względnie przez jej polskie fabryczne odgałęzienie wPabjanicach.

Pod względem chemicznym przedstawia Cibalgina dimethylo-amino-phenyl-dimethyl-pyrazolono-dial. W handlu znajduje się w postacii kołaczyków, oraz postaci płynnej, w flakonach, do użycia doustnie i w ampułkach do wstrzykiwań pod skórę, w mięśnie lub wprost do żył. W kołaczykach i ampułkach mieści się po 0.2 gr. leku. Taką samą ilość leku zawiera 25 kropel rozczynu. Sprawozdania o działaniu Cibalginy, ogłoszone dotychczas w obcem piśmiennictwie lekarskiem oceniają ten nowy lek bardzo korzystnie.

Wimmer i Schwarzbrod1) czynili próby na chorych z oddziału Mattauschek'a we Wiedniu w przeszło 100 przypadkach. W sprawozdaniu swoim podnoszą, że za pomocą Cibalginy, wstrzykiwanej pod skórę, osiągali u tabetyków, nękanych przez napady bolów, ten sam skutek, co po wstrzykiwaniach morfiny, bez względu na to, czy poprzednio uciekano się do morfiny, czy też nie stosowano jej jeszcze zupełnie. Nie mniej dobry skutek stwierdzano w przypadkach chorób umysłowych, gdy chodziło o łagodzenie stanów podniecenia, lub o leczenie bezsenności.

Flatau2) otrzymał po Cibalginie dobre wyniki u chorych z rozmaitemi nerwobólami, z rwą kulszową, w przypadkach bólów gośćcowych. W sprawozdaniu swoim podnosi, podobnie jak Wimmer i Schwarzbrod, że cibalgina, wstrzykiwana pod skórę lub w mięśnie, działa nie gorzej jak morfina. W uporczywych przypadkach uciekano się do wstrzykiwań mieszaniny obu leków i osiągano przez to wydatne zmniejszenie dawek morfiny.

W tym samym duchu wyraża się także B. Froehlich3). W przypadkach uporczywych bolów głowy, nerwobolów, — powłok i narządów wewnętrznych (gastralgje) — wywierała cibalgina korzystny wpływ pospolicie już po podaniu jej w postaci kołaczyków, w ilości 2—3 dziennie. Wstrzykiwania w mięśnie pośladków stosowano na większą skalę u chorych z zapaleniami nerwu kulszowego *(neuritis ischiadica)* wraz z wstrzykiwaniami wakcineuryny, lub yatrenkazeiny. Osiągano przez to połączenie nie tylko bezbolesność wstrzykiwań, ale nadto także złagodzenie objawów odczynu, powstającego zawsze w znacznej sile po leczeniu za pomocą samej tylko wakcineuryny lub yatrenkazeiny.

O dobrych wynikach po wstrzykiwaniach cibalginy pod skórę lub w mięśnie mówi dalej H. Hirschfeld4) na podstawie spostrzeżeń, obejmujących 75 przypadków rozmaitych chorób. Obok tego rodzaju spraw, jak rwa kulszowa, zapalenie nerwów, nerwobóle, nerwowe opryszczki (h. zoster) postrzał lędźwiowy, bole głowy, bole w przebiegu wiądu rdzenia, bole zębów wymienia Hirschfeld także szereg chorób narządów wewnętrznych jak, kamica nerkowa, wątrobiana, choroby przewodu pokarmowego, zwłaszcza jelit, przebiegające z napadami bolów. Cibalgina działała prawie zawsze pewnie i szybko. Kończąc swoje sprawozdanie oświadcza Hirschfeld: „Cibalginę poczytuję za lek bardzo wartościowy, zdolny do zastępowania morfiny i innych przetworów makowca“.

Na wcale różnorodnym materjale czynił spostrzeżenia inny lekarz niemiecki Kärcher5). Dostarczali go chorzy na zapalenie nerwów, na nerwobole, gościec mięśniowy, na uwiąd rdzenia, na raka narządów jamy brzusznej, chorzy z napadami kolki żółciowej, nerkowej, jelitowej. W przeważnej części przypadków działała Cibalgina już po podaniu jej doustnie w postaci kropel lub kołaczyków. Do wstrzykiwań uciekano się tylko wyjątkowo. Zastępywano niemi wstrzykiwania morfiny.

Zalety Cibalginy, jako leku, zdolnego zastępować morfinę podnosi z naciskiem Husserl6) na podstawie własnych spostrzeżeń w tego samego rodzaju chorobach, z jakich składał się materjał Kärchera.

Z doświadczeń neurologji i medycyny wewnętrznej korzysta obecnie także chirurgja. Wynika to ze sprawozdania Auena7), który przy bolach pooperacyjnych podawał z dobrym skutkiem rozczyn cibalginy po 25—50 kropel na dawkę. Bole, opierające się leczeniu wewnętrznemu, ustępowały po zastosowaniu Cibalginy w postaci wstrzykiwań. Szybki i pewny skutek występował po użyciu mieszaniny, składającej się z 1 cm^3 Cibalginy i 0.005 gr. chlorku morfiny.

Dobre wyniki wszystkich dotychczasowych prób leczniczych z cibalginą, otrzymywane przez lekarzy zagranicznych, uzasadniały poznanie tego leku także na polskim gruncie, a to tem bardziej, skoro wyrobem jego ma się obecnie zająć Pabjanickie Tow. Akcyjne Przemysłu Chemicznego, stworzone jeszcze przed wojną światową, jako samodzielna i w połowie na rodzimym kapitale oparta filja zakładów szwajcarskich. Zwłaszcza ten ostatni szczegół zachęcił mnie do zbadania skuteczności cibalginy. Zamiar mój ułatwił mi z uznania godną uprzejmością Oddział Naukowy tejże firmy w Krakowie, prowadzony bardzo energicznie i bardzo umiejętnie przez pana Adama Starża-Butrymowicza, przez ofiarowanie mi znacznej ilości leku. Materjału dla prób dostarczyli mi w przeważnej części chorzy z mojej prywatnej praktyki, w mniejszej części chorzy z Sanatorjum gruźliczego Gminy M. Krakowa w Prądniku Białym.

Kolejne rejestrowanie wszystkich spostrzeżeń zabrałoby zbyt wiele miejsca, nie przynosząc istotnej korzyści. Wystarczy, jeżeli streścimy wynik prób w ogólnych zarysach.

Ze względu na wielką ich częstość wspomnę na pierwszem miejscu o bólach głowy wszelkiego pochodzenia, z wykluczeniem bolów towarzyszących chorobom zakaźnym. Cibalgina działała tu zupełnie dobrze. Skutek zjawiał się pospolicie już po kilkunastu minutach, najpóźniej po upływie pół godziny. Na osobną wzmiankę zasługują dwa przypadki zatrucia tytoniowego, zdradzającego się zawrotami i bolami głowy, ociężałością myślową, rozdrażnieniem i niepokojem. Wszystkie te objawy łagodniały bardzo wyraźnie po zażyciu 1—3 kołaczyków względnie 25—50 kropel rozczynu Cibalginy. Równie skuteczną okazała się Cibalgina u 2 osób z bolem zębów.

Drugą większą grupę tworzyli chorzy z bolami mięśni i stawów przyrody gośćcowej i podagrycznej. Cibalgina działała u nich zawsze szybko i pewnie.

Podobnie, jak przytoczeni powyżej zagraniczni lekarze, widziałem nader korzystny wpływ wstrzykiwań Cibalginy w mięśnie pośladków u dwojga chorych z zapaleniem nerwu kulszowego.

Nie gorzej wypadły próby u chorych gruźliczych w przypadkach bólów w klatce piersiowej, wznieconych przez podostre zapalenie, lub przez zrosty i zgrubienia opłucnej. Niektórzy chorzy zaznaczali zupełnie samorzutnie, że po żadnym z pośród używanych poprzednio leków nie doznawali tak szybkiej i tak znacznej ulgi, jak po cibalginie.

W ostatniej grupie naszych spostrzeżeń mieści się kilka przypadków schorzeń narządów jamy brzusznej. Należą do nich trzy przypadki kolki żółciowej, jeden przypadek wrzodu dwunastnicy i jeden przypadek morzyska jelitowego w toku ostrej niestrawności. U chorej z wrzodem dwunastnicy łagodziła Cibalgina, podawana w kroplach lub kołaczykach, napady bolów nie gorzej, od znanej powszechnie anestezyny. Zadawalniające wyniki otrzymaliśmy także u chorego z kolką jelitową i w dwóch przypadkach kolki żółciowej: w trzecim przypadku kamicy ustąpił napad bolów dopiero po wstrzyknięciu 1 cm^3 Cibalginy, zmieszanej z 0.005 gr. morfiny.

Nader skuteczną okazała się również Cibalgina w kilku przypadkach bolesnego miesiączkowania u młodych niezamężnych kobiet.

Podobnie, jak to się dzieje z każdym innym lekiem, nawet z tak pewnie zresztą działającą morfiną, spotkaliśmy się także przy podawaniu Cibalginy z niepowodzeniem. Zdarzyło się to dwa razy. Jeden z tych przypadków dotyczy chorej gruźliczej z chorobą Basedowa, u której zjawiały się od czasu do czasu wymioty, przyrody niewątpliwie nerwowej. Bardzo skuteczną atropinę chcieliśmy zastąpić dla próby Cibalginą — niestety bezskutecznie. Drugi przypadek to chora z gruźlicą płuc i z dotkliwemi bólami w krzyżach i w lewym boku. I tu także nie osiągnęliśmy pożądanego skutku, ani po wewnętrznem podaniu, ani po wstrzyknięciu leku pod skórę. Dwa ujemne wyniki pośród 46 spostrzeżeń, a więc około 5%, to w istocie bardzo nie wiele.

Chorzy znoszą Cibalginę przeważnie zupełnie dobrze. Pewne zastrzeżenia wydają mi się wskazane wobec osób z wygórowanem napięciem układu parasympatycznego, czyli u tak zwanych wagotoników. Odniosłem wrażenie, że chorzy z objawami, *sit venia dicto,* wagotonji żołądkowej odznaczają się nieprawidłową wrażliwością wobec Cibalginy. Nastręczył mi sposobności do tego przypuszczenia przypadek choroby Basedowa o typie, określanym mianem typu wagotonicznego, oraz dalsze dwa przypadki z wagotoniczną konstytucją wegetatywną, w których po podaniu Cibalginy w kołaczykach wystąpiły nudności i wymioty. Wspominam o tych spostrzeżeniach dlatego, ażeby uzasadnić wypowiedziane przed chwilą przypuszczenie, a równocześnie zachęcić do dokładnego badania wegetatywnego układu nerwowego przed podaniem Cibalginy.

Resume: Dotychczasowe spostrzeżenia o działaniu leczniczem Cibalginy uprawniają do polecania jej na szerszą skalę w przypadkach różnorodnych bolów oraz w tych przypadkach, w których zależy na ukojeniu nie tylko bolu, ale także na uspokojeniu ośrodkowego układu nerwowego. Wartość tego leku cenić trzeba tem wyżej, skoro zastąpić nim można w przeważnej części przypadków nieodzowną do niedawna morfinę i uchronić w ten sposób chorych przed bardzo niepożądanemi następstwami używania morfiny, względnie innych przetworów makowca.

Piśmiennictwo.

1) Wimmer i Schwarzbrod: Wiener klinische Wochenschrift 1925, Nr. 38. — 2) Flatau: Fortschritte d. Therapie 1925, Nr. 19. — 3) Froehlich: Therapie der Gegenwart 1925, XII. — 4) Hirschfeld: Deutsche medizinische Wochenschrift 1925, Nr. 32. — 5) Kärcher: Der Landarzt 1925, Nr. 13. — 6) Husserl: Wiener medizinische Wochenschrift 1926, N. 14. — 7) Auen: Münch. med. Wochenschrift 1926, N. 1.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. M. MIEDZISZEWSKI, Lekarz rejon. Dyr. Gdańskiej w Bydgoszczy.

Spostrzeżenia w czasie epidemji dżumy płuc w r. 1920—1921 w Chinach.

Epidemje dżumy pośród narodów Azjatyckich, jak już niezbicie dowiedziono, powstają wskutek preniesienia lasecznika dżumy z chorych zwierząt na ludzi. Ostatnia epidemja w Chinach w r. 1920—1921 powstała z początku w stepach Mongolji, gdzie zachorowało kilka rodzin tubylców, trudniących się polowaniem na tarabagany.

Tarobagan *(Arctomys bobac)* — zwierze o ładnej światło-żółtej sierści zamieszkuje daleko od ludzkich osiedli w stepach, gdzie buduje sobie na głębokości koło 3 mt. lochy. Już w połowie września tarobagany przenoszą się do lochów, gdzie do końca marca zapadają w sen zimowy. Prawdopodobnie dżuma pośród tarobaganów panuje endemicznie, od czasu do czasu wywołując pośród nich epidemje. Upolowane chore zwierzę, kryjące w sobie laseczniki dżumy, staje się przyczyną tak strasznych epidemij, jakie miały miejsce w Chinach w 1910—1911 i 1920—1921 latach.

Pierwsze wypadki dżumy w Mongolji i prowincji Zabajkalskiej zawsze się zdarzały u osób polujących na tarobagany, lub zdzierających z nich skórki, lub też spożywających ich mięso (skórki tarobaganów chętnie kupują kupcy chińscy, japońscy i nawet niemieccy).

Najczęściej powstaje z początku dżuma gruczołowa, która może w każdej chwili wywołać swoiste zapalenie płuc i dać początek epidemji dżumy płuc, wobec której dotychczas medycyna nie posiada żadnych skutecznych środków leczniczych, gdyż daje ona 100% śmiertelności.

Pierwsze wypadki dżumy w r. 1920 zanotowane były w Mongolji już w październiku. Krążyły też pogłoski, że w prowincji Zabajkalskiej chorowali kozacy myśliwi na dżumę. Granica między Rosją, a Chinami naówczas była zamknięta, jednakowoż częściowo ruch kolejowy się odbywał. Kolej Chińska, gdzie pracowałem, wtedy, jako lekarz rejonowy, oczekiwała przyjścia zarazy lub przez St. Mandżurję, lub przez St. Hajlar, gdzie był wielki trakt mongolski.

Oczywiście, pierwsze wypadki dżumy w obrębie kolei Chińskiej były zanotowane już w grudniu 1920 r. Nie mając znikąd pomocy materjalnej, Dyrekcja Kolei zmuszona była wziąć cały ciężar walki na swoje barki. Na dużych stacjach macierzystych organizowano naprędce punkty izolacyjne i obserwacyjne. Z braku wolnych lokali urządzaliśmy punkty takie w wozach towarowych, tak zwanych „tiepłuszkach" (wóz ogrzewany piecykiem). Ja też organizowałem u siebie (St. Heng-chao-hed-si) punkt obserwacyjny składający się z 12 wozów: 1 —dla sanitarjuszy, 5 — izolacyjnych, 4 — obserwacyjnych, 1 — z urządzoną w nim łazienką i 1 dezynfekcyjny. W styczniu i lutym miesiącach 1921 r. epidemja się przeniosła do Harbina, a szczególnie wybuchła w Chińskiem mieście Fsu-dzia-dianie, położonem o kilka kilometrów od Harbina. Dokładnej ilości wypadków dżumy dziennie nikt nie wiedział, lecz prawdopodobnie codzień tam zachorowywało i umierało kilkaset osób.

8 marca byłem zaalarmowany telefonicznie, że na jednej stacji kolejowej mego rejonu zjawił się jakiś Chińczyk, który robi wrażenie pijanego, lub chorego. Natychmiast posłałem sanitarjusza z wozem izolacyjnym i specjalnym parowozem po niego. Wkrótce też Chińczyk został przywieziony. Znalazłem go siedzacym po chińsku na podłodze wozu. Na me pytanie odpowiedział, że kaszlu niema wcale, boli go tylko głowa; mówił niezupełnie wyraźnie, jak pijany. Jednakowoż ciepłomierz pod pachę wskazywał 40,1. Postanowiłem go zbadać dokładnie. Tętno miał 128 na minutę. Język obłożony gęstym białym wilgotnym nalotem; oczne spojówki wyraźnie zaczerwienione. W płucach prócz lekkiego bębenkowego odgłosu w dolnych odcinkach i nieco przedłużonego oddechu innych wyraźnych zmian nie zanotowałem; brzuch nie wydęty, śledziona i wątroba nie powiększone. Postanowiłem go zostawić w wozie dla obserwacji i odwieźć na obserwacyjny punkt, urządzony na bocznicy kolejowej w odległości 3/½ km. od stacji. Zwróciłem też uwagę, że idąc zataczał się, jak pijany. Po przybyciu do punktu obserwacyjnego Chińczyk kilkakrotnie splunął krwią. Podejrzenia moje się wzmogły. Tegoż wieczora zawiadomił mię sanitarjusz, że chińczyk już nie żyje. Natychmiast przyszedłem do wozu izolacyjnego i znalazłem go siedzącego po — chińsku nieco opartego o ścianę; nie oddychał; tętna nie było. Twarz miał zupełnie popielatą; był martwym. Badania bakterjologicznego wykonać nie mogłem, gdyż szpital mego rejonu posiadał tylko jeden drobnowidz, a lekarze szpitalni, dowiedziawszy się o śmierci podejrzanego na dżumę chińczyka, stanowczo wzbronili wstępu memu personelowi do laboratorjum i odmówili wypożyczenia mikroskopu.

Wobec tego, że mieliśmy rozporządzenie o paleniu ciał zmarłych na dżumę, lub podejrzenie na dżumę, na drugi dzień spaliliśmy ciało wraz z ubraniem. Trup był prawie zupełnie czarny. Przypomniałem tedy, że dżumę nazywano dawniej „czarnym morem".

To było początkiem. Za tydzień otrzymałem telegraficzną wiadomość, że w pociągu, zdążającym do Harbina na st. Muliń zabrany z wagonu 2-iej kl. towarzystwa międzynarodowego podejrzany na dżumę chińczyk, który w pół godziny potem zmarł.

Wskazany wagon po przybyciu na stację Heng-hao-hedsi otoczyłem kordonem chińskich żołnieży, dwóch kupców chińczyków, którzy jechali w jednym przedziale ze zmarłym, izolowałem do osobnego wozu; resztę pasażerów przeniosłem do wozu kolejowego sanitarnego. Wagon 2-iej kl. po całkowitej dezynfekcji zamknięty odesłałem do Harbina. Obserwacja, musiała trwać 5 dni. 2 razy dziennie mierzyłem ciepłotę u wszystkich. Izolowani Chińczycy, przekupiwszy straż Chińską na trzecią noc zbiegli. Reszta szczęśliwie po 5 dniach wyszła z obserwacji.

Wkrótce potem, oglądając pasażerów pociągu towaro-pasażerkiego, zauważyłem jednego Chińczyka, który siedział skulony i miał wygląd ciężko chorego. Wóz ten (tiepłoszkę), w którym jechały jeszcze 42 osoby, odczepiłem od pociągu; chorego izolowałem do osobnego wozu, resztę Chińczyków ulokowałem w kilku wozach obserwacyjnych. Ciepłota u chorego była 39,9; pluł krwią, kaszlu nie było; spojówki oczne miał zaczerwienione; idąc zataczał się jak pijany, zmarł w kilka godzin po izolacji. Po dwóch dniach, obchodząc wozy obserwacyjne, zauważyłem, że w jednym wszyscy Chińczycy skupili się w kacie; domyśliłem się, że pośród nich muszą być chorzy i oczywiście w przeciwnej stronie wozu siedział Chińczyk, który widząc mnie chciał wstać, lecz zatoczył się i upadł. Izolowany, zmarł w parę godzin, mając tylko ciepłotę wyżej 40°, nie plując krwią i nie kaszląc wcale. Sąsiadów jego posadziłem po dwóch w trzech wozach. Wskutek tego, że przybyło jeszcze 80 osób (Chińczyków) do obserwacji, którzy obcowali ze zmarłemi na dżumę, zmuszony byłem zażądać jeszcze 8 wozów — tiepłoszek.

Następnego dnia w drugim wozie pośród pierwszej grupy obserwacyjnej zachorowało dwoje, a wieczorem jeszcze jeden Chińczyk; wszyscy zmarli nie przeżywszy doby. Jak się wyjaśniło byli to najbliżsi sąsiedzi zmarłego pierwszej obserwacyjnej grupy.

W przeciągu 1½ miesiąca miałem 25 wypadków dżumy. Epidemji w mojem rejonie faktycznie nie było, nie licząc kilku trupów Chińczyków, porzuconych przez swoich współrodaków w fanzach (Chińska chata), lub wyrzuconych w workach na drogę i jednego zmarłego w szpitalu, który był przyjęty jako chory na dur brzuszny. Oczywiście, strach przed obserwacją był tak wielki, że Chińczycy w razie śmierci, lub choroby jednego z nich porzucali wszystek swój majątek i uciekali, dokąd tylko można było. Przypominam sobie, że w jednej fanzie, gdzie znaleźliśmy trupa zmarłego na dżumę Chińczyka, jeszcze tlał w piecu ogień i gotowały się chińskie potrawy; lokatorowie ulotnili się, pozostawiwszy cały swój dobytek. Powrócili dopiero za parę miesięcy, gdy epidemji już nie było.

Na 25 wypadków dżumy u 23 — choroba trwała mniej jednej doby i tylko dwoje chorowało dłużej (jeden nawet 3 dni). Kaszlali i pluli krwią — 2; pluło krwią bez kaszlu 9. Reszta zaś chorych zapadała w stan ciężkiego odrętwienia i pełnej obojętności i śpiączki (sopor). Ciepłota w początku choroby wahała się między 39 i 40,5. U wszystkich język był obłożony wilgotnym białym nalotem; spojówki oczne wyraźnie zaczerwienione; tętno bardzo przyśpieszone i słabo wyczuwalne. Idąc zataczali się, jak pijani (bardzo charakterystyczny objaw).

Tylko jeden od chwili izolacji aż do śmierci zdradzał objawy wielkiego podbudzenia nerwowego, pluł na wszystkich, bił głową o ścianę, tak że musieliśmy go zamknąć w wozie zupełnie. Leczenia żadnego nie stosowaliśmy z powodu tego, że szczepionka, surowica i szczepionka kombinowana żadnego wpływu na przebieg choroby nie wywoływały. Zmarli na dżumę w 1911 r. w Harbinie lekarze Michel i Lebiedrewa i studenci med. Bielojew i Momontov byli szczepieni; oprócz tego szczepienia wywoływały zawsze podniesienie ciepłoty czasami do 39°, taki stan trwał po kilka dni.

Przy obcowaniu z choremi nakładaliśmy wszyscy specjalne płaszcze brezentowe z kapiszonami na głowach, i długie zawiązywane u góry buty z tego materjału.

Dla zabezpieczenia od zarazy przy oddechu nosiliśmy respiratory, przyszykowane z dwóch warstw flaneli, pomiędzy któremi leżała wata, przesiąknięta sublimatem. Płaszcze dezynfekowaliśmy w gorącym rozczynie sublimatu lub ortokresotalu w dużych kotłach przez które jeszcze puszczaliśmy parę z parowozu. Wozy dezynfekowaliśmy z parowozu pod dużem ciśnieniem, puszczając parę w przeciągu 2-ch godzin, i opryskiwaliśmy i myliśmy odkażającemi środkami. Naczynia wygotowywaliśmy.

Przed wyjściem z obserwacji wszyscy byli kąpani w wozie-łazience, a ubranie dezynfekowaliśmy gazem formalinowym.

Mieszkania, gdzie były wypadki dżumy dezynfekowaliśmy opryskiwaniem i myciem gorącemi odkażającemi środkami i zamykaliśmy na przeciąg jednego miesiąca.

Tylko jeden raz spaliliśmy porzuconą przez mieszkańców chińską fanzę, która stała zupełnie na uboczu i była w takim stanie, że dezynfekcji w żaden sposób nie było można wykonać.

W czasie ostatniej epidemji dżuma zabrała sporo ofiar i pośród Europejczyków. Cierpiący ogromną nędzę uciekinierzy z Rosji, którzy mieszkali w jednych barakach z Chińczykami, łatwo się zarażali. Z pośród personelu zmarł młody i energiczny doktor Sinicyn, lekarz miejski w Harbinie; — wymęczony nawałem tej ciężkiej i niebezpiecznej pracy bez wypoczynku zaraził się prawdopodobnie w Chińskiej fanzie, gdzie znalazł kilku chorych na dżumę wszedł bez respiratora. Żył cztery dni przytomny aż do ostatniej chwili. Zmarło też kilkanaście sanitarjuszy, praca których przy wydobywaniu chorych z brudnych zakurzonych chińskich fanz, chowanych i zakrywanych rozmaitą rupiecią była najwięcej ryzykowną.

Objawy chorobowe, odnotowane w czasie pierwszej epidemji na kolei chińskiej (1910—1911 r.) były następujące: raptowny początek choroby przy uczuciu ziębienia; w przeciągu kilku godzin ciepłota się podnosiła do 39, 40°. Chorzy skarżyli się na bóle głowy i bole klatki piersiowej najczęściej po stronie, gdzie powstała pneumonia. Osłabienie stopniowo się powiększało. Czasami występowały objawy silnego pobudzenia przy zaczerwienionej twarzy i rozszerzonych źrenicach. Tętno w pierwszej chwili nieco przyśpieszone dobrze wyczuwalne. Jako stały objaw — kaszel z flegmą krwawo zabarwioną. Oddech przyśpieszony, niebolesny; język obłożony białym nalotem. Zupełny brak apetytu przy wzmożonem pragnieniu; często wymioty, czasami biegunka. W drugim dniu choroby, lecz nie zawsze, występowało ciemno popielate zabarwienie skóry. Gruczoły chłonne bez zmian widocznych. Oddech coraz więcej przyśpieszony robił się zupełnie powierzchownym. Chód i rozmowa chorych przypominała temże ludzi pijanych. Często występował stan całkowitego zobojętnienia, lub rzadziej wielkiego pobudzenia. Zejście śmiertelne następowało najczęściej na drugi dzień choroby, najdłużej — na czwarty. Przy opukiwaniu klatki piersiowej stłumienie nie zawsze wyraźne, zajmujące lub cały płat chorego płuca, lub ograniczoną przestrzeń, gdzie przy osłuchiwaniu notowano trzeszczenia, a niekiedy oddech oskrzelowy.

Zestawiając spostrzeżenia lekarzy z epidemji 1910—1911 r. z mojemi osobistemi można zauważyć, że ostatnia epidemja dała dużo wypadków zakażenia krwi lasecznikami dżumy *(septicemia)* bez objawów pneumonicznych.

Początek choroby, jak i uprzednio był raptowny, lecz do objawów pneumonicznych najczęściej nie dochodziło, gdyż śmierć następowała prędzej, zanim w płucach mogły nastąpić wyraźne zmiany patologiczne. Kaszel był rzadko, a spluwanie krwią w mniejszości wypadków.

Wobec nieskutecznej terapji zadanie nasze do ostatniego czasu polegało tylko na szybkiej izolacji chorych, obserwacji osób, które obcowały z chorymi, odkażaniu mieszkań i sprzętów i t. d.

W czasie jak pierwszej, tak i drugiej epidemjii były zrobione ciekawe spostrzeżenia: zdarzało się, że w pewnej fanzie umierali wszyscy jej mieszkańcy i natychmiast taką fanzę zajmowali bez żadnego odkażania nowi Chińczycy (po wyrzuceniu trupów).

W żadnym wypadku nie zanotowano, żeby się ktokolwiek z nich zaraził. To dowodzi, jak szybko laseczniki dżumy tracą swoją zaraźliwość. Były też wypadki, że zadżumionych chorych lokowano przez pomyłkę w szpitalach w salach ogólnych, jak to było w szpitalu mego rejonu, w czasie ostatniej epidemji.

Omyłkę spostrzeżono po śmierci chorego, ale nikt z obecnych tam osób nie zachorował. Przyczyną tego były wypadki dżumy bez kaszlu, kiedy zaraza się nie rozpryskiwała na daleką przestrzeń.

W ostatnich czasach, kiedy medycyna współczesna znajduje wciąż nowe środki walki z chorobami zakaźnemi (płonica, gruźlica), sprawa zapobiegania i leczenia dżumy musi się stać jedną z najważniejszych zadań bakterjologji i serologji, ponieważ ustrój ludzki wcale nie posiada odporności względem tej choroby.

Piśmiennictwo.

Dr. M. Medziszewski: (D. Chmara-Borszczewskij I. Przyczyny powstania epidemji dżumy na Dalekim Wschodzie. II. Sprawozdanie epidemji dżumy na kolei chińskiej).

OCENY.

Prof. Dr. K. Majewski: *Jaglica;* ćwiartka, str. 43. Kraków. 1926. Nakładem okręgowego Związku kas chorych w Krakowie.

Jedną z najbardziej piekących trosk higjeny społecznej w Polsce w dobie obecnej jest sprawa zwalczania jaglicy, która w czasie wojennym i powojennym rozpowszechniła się w zastraszający wprost sposób. Nie wspominając już o tem, jako o rzeczy samej przez się rozumiejącej, że schorzenie to oczne powiększa stale ilość kalek i niezdolnych do pracy w okresie, w którym społeczeństwo winno rozporządzać jaknajwiększym kontygentem jednostek produktywnych, aby wypełniać luki i zmniejszać rozmiary klęski zadanej wojną, należy przedewszystkiem zwrócić uwagę na szerzenie się jaglicy pośród najmłodszego pokolenia, tego zadatku przyszłej potęgi państwa i rozwoju narodu. To zjawisko powiększa grozę położenia i zamienia jaglicę w prawdziwą klęskę społeczną. Dla tychże więc względów i w tym oświetleniu sprawa zwalczania jaglicy nabiera specjalnego niesłychanie ważnego znaczenia społecznego. Wobec znacznego rozpowszechnienia jaglicy, wydaje się ilość powołanych w tym celu zakładów, przychodni, szpitali i t. p. niewystarczającą. Akcją tłumienia tego schorzenia winni się również zainteresować wszyscy lekarze zwłaszcza pracujący na dalekich prowincjach (gdzie jak się zdaje, obrała sobie jaglica stałe siedlisko), jeśli już nie samym leczeniem, to przynajmniej zapobieganiem i kierowaniem na drogę leczenia. Jednakowoż zbyt wielkie wyróżnicowanie schorzeń oczu od innych gałęzi medycyny odstrasza niejednokrotnie lekarzy nie okulistów od zajmowania się temi sprawami. Dlatego też pojawienie się broszury Prof. Majewskiego w formie wykładu klinicznego, traktującego wyczerpująco o jaglicy należy powitać z pełnem uznaniem. Nieraz bowiem dawał się odczuć brak tego rodzaju pracy, przedstawiający w sposób przystępny i wyczerpujący wszystko, co dotychczas wiemy o jaglicy i co w tym kierunku uczyniono. Wykład kliniczny Prof. Majewskiego oparty na szeregu prac naukowych zagranicznych i polskich jest niejako kompendjum o jaglicy stanowiącym całość dla siebie zamkniętą. Rzecz opracowana ze szczególną skrzętnością i godną podkreślenia pracowitością. Wszystkie rozdziały cechuje jasność i przejrzystość, zwłaszcza rozdział o rozpoznawaniu różniczkowem, który dla lekarza praktycznego posiada wprost nieocenioną wartość, albowiem powszechnie jest wiadomem, jak wielkie nieraz powstają wątpliwości przy przeglądaniu i różniczkowaniu schorzeń spojówek. W rozdziale o leczeniu jaglicy autor przedstawił w sposób niezwykle zwięzły i prosty, wszelkie sposoby lecznicze czyniąc przez to łatwo zrozumiały i przystępny ten najważniejszy problem jaglicy. Ta prostota ujęcia najważniejszych zagadnień w sprawach jaglicy cechuje całą pracę, a trzeba dodać, że są to rzeczy, na które składały się doświadczenie i obserwacja kilku niemal pokoleń. Nie od rzeczy będzie jeśli przy końcu, dodam, że jasność i głębokie doświadczenie, z jakiem autor ujął sprawę jaglicy, (której początek i koniec tonie jeszcze w nieznanych mrokach), czyni pracę tak pożądaną i niemal konieczną na biurku każdego lekarza praktykującego, a dla słuchających medycyny stanowi praca ta jeden już z poważnie opracowanych rozdziałów okulistyki polskiej.

Karelus.

Die Chirurgie — Kirschner-Nordmann Tom V. Zeszyt 9. (str. 360 — 104 rycin). Nakł. fir. Urban i Schwarzenberg. Wiedeń 1926. —

Dalsza ta część od kilku miesięcy wychodzącego podręcznika chirurgji zawiera następujące rozdziały: Chirurgja powłok brzusznych (Müller), Nauka o przepuklinach zewnętrznych (Eggers), Chirurgja otrzewnej i sieci (Peterman) oraz chirurgja wyrostka robaczkowego (Läwen-Burckhardt). Po macoszemu nieco traktowany jest rozdział o przepuklinach, o metodzie operacyjnej Postępskiego, tak często w ostatnich czasach polecanej brak wzmianki. Rozdział ten jest tak krótko ujęty, że o ile chodzi o dokładne przypomnienie sobie nauki o przepuklinach, trzeba raczej się zwrócić do starego podręcznika Garrè, Küttner Lexer: Handbuch der praktichen Chirurgie.

Obszernie natomiast i wyczerpująco napisany jest rozdział o chirurgji wyrostka robaczkowego oraz rozdział o schorzeniach otrzewnej. Na str. 18, rycina 10-ta jest pomyłka w druku wprowadzająca w błąd czytelnika, a mianowicie uchyłek Meckela jest podpisany jako ślepo zakończona przetoką pępkową — ta zaś przeciwnie jest przedstawiona jako uchyłek Meckela.

Całość starannie wydana z pięknemi rycinami i barwnemi tablicami sprawia dodatnie wrażenie.

L.

BIBLIOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Opieka nad dzieckiem Rok IV, Nr. 4—5 za czas od lipca do października 1926: Br. Krakowski: Linje wytyczne opieki wychowawczej nad dziećmi i młodzieżą. — M. Gromski: Sprawa mleka jako środka żywnościowego. — E. Godlewski i M. Zachert: Historja organizacji i działalności Zakładu leczniczego Uniw. Jagiellońskiego dla dzieci jagliczych w Witkowicach. — M. Kelles-Krauzowa: Słów parę o walce z gruźlicą w szkołach powszechnych w Radomiu. — F. Sawicka: Poradnia pedologiczna. — K. Jeżewski: Wioski Kościuszkowskie.

Wiadomości farmaceutyczne, Rok LIII, Nr. 39, z 26 września 1926: M. Proner: Opium i jego znaczenie dla higjeny społecznej. — Z praktyki zawodowej. — Sprawy zawodowe. — Przegląd prawno-gospodarczy.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, Rok XV, Nr. 10, z 14 września 1926: L. Korczyński: Współudział społeczeństwa i państwa w rozbudowie zdrojownictwa. — St. Lewicki: Bibliografja polskiego zdrojownictwa (ciąg dalszy).

Lekarz kasy chorych, Rok II, Nr. 12, z września 1926: Wolny wybór lekarza. — Z kasy chorych m. Warszawy. — Polityka w zarządzie Zrzeszenia lekarzy K. Ch. — Wybory do K. Ch. m. Warszawy.

Wiadomości farmaceutyczne Rok LIII, Nr. 40 z 3 października 1926: A. Dłuski: W sprawie badania balsamu peruwiańskiego. — Rozporządzenie Rady Ministrów o państwowej pomocy lekarskiej dla funkcjonarjuszów państwowych ich rodzin, oraz emerytów. — Nowelizacja ustawy o kasach chorych.

Wychowanie fizyczne Rok VIII, Zeszyt 4, za czas od października do grudnia 1926 r.: T. Drabczyk: Rozwój fizyczny i stan zdrowia abiturjentów w gimnazjum państwowem im. A. Mickiewicza w Warszawie w r. szkolnym 1925/26. w zestawieniu według wieku z rozwojem fizycznym młodzieży gimnazjalnej z lat poprzednich. — Kpt. I. Inngraw: Wychowanie fizyczne i życie sportowe w Finlandji.

Zdrowie Rok XLI, Nr. 10, za październik 1926 r.: J. Polak: Warszawa 1 października 1926. — M. Kasprzak: Z zagadnień sanitarnych Jugosławji. — L. Bier: W sprawie norm obowiązywać mających dla mleka targowego w miastach.

Przegląd dentystyczny, Rok VI, Nr. 7. za lipiec 1926: L. Brennejsen: Przypadek bolów krzyża, powtarzających się po każdorazowem usuwaniu zębów. — D. Jofe: Przyczynek do kwestji umieszczenia trzymadeł do sprężyn w dostawkach.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Z literatury czeskiej.

Casop. lek. ćeskych r. LXV Nr. 19.

Dr. R. Tatterova i Dr. Vamura. *Kliniczne studjum o działaniu exogenicznej inerwacji serca na zmiany rytmu przy ucisku na nerwy błędne.* Autorowie przeprowadzali kompresję w miejscu rozgałęzienia *art. carotis* przez 4—10" i to równocześnie po obu stronach i zapisywali elektrokardjografem. Wynik był rozmaity. 1) Bradycardja: zwolnienie sinusowe o 10—15 uderzeń na minutę występuje często niezależnie od rodzaju choroby, a nawet u zdrowych, b) w 80 przypadkach została wywołana silna bradykardja przy spadku częstości do połowy. Z tego prawie u połowy przypadków było tylko zwolnienie sinusowe z częściową zmianą fali P lub innej. A wszak interwał P—R pozostawał bez zmian. 2) Ustanie czynności serca w 35 przypadkach na 3—12 sekund, przyczem chory często tracił przytomoność i występował syndrom Adams-Stokes'a. W jednym przypadku nastąpiła rzekoma śmierć, która trwała kilka minut. 3) Blok w 24 przypadkach, 4) *Arythmia extrasystolica* tylko w niektórych przypadkach, zwłaszcza, takich, w których extrasystole dały się stwierdzić anamnezą zresztą zwyczajnie przy ucisku znikały extrasystole. 5) Migotanie przedsionka. Nastaje zwyczajnie zwolnienie częstości skurczów komór, bez zmiany fal przedsionkowych. Odruch Czermaka nie jest wyrazem wyższego napięcia nerwu błędnego, lecz objawem zaburzenia aparatu sercowo-nerwowego. Po porażeniu nerwu błędnego atropiną odruch ten jednak wywołać się nie da. Występuje on najczęściej u ludzi starszych, chorych na miażdżycę, na kiłę. Chodzi tu o zaburzenia w automatyzmie ośrodków i systemu przewodnictwa bądź to pochodzenia organicznego *(atheroma, lues, endocarditis)* lub toksycznego *(diabetes, nephritis, digitalis, insulina).*

Dr. Frantisek Horalek. *Mój sposób przeprowadzenia bezbolesnego porodu.* W pierwszym okresie porodowym, przy prawidłowym przebiegu, można użyć w razie bardzo znacznych bólów 2—3 łyżki roztworu Stressmanna w mleku. *(Rp. chlorahydr. 4,0, morphii hydrochlor. 0,04, Sol. gummosa ad 60,0).* Zwyczajnie zaczniemy u pierwiastek z 2,2cm³ somnifenu + 2 cm³ 25% chemicznie czystego siarczanu magnezowego i 0,2 pituitryny podskórnie. Za godzinę o ile bóle będą należyte podaje autor 80—100 cm³ klysma złożone z chininy, alkoholu i chloroformu. Jeżeli sen nie jest przytem bardzo głęboki podaje co godzinę 2 cm³ siarczanu magnesowego + 0,2 pituitryny podskórnie. Jeżeli jest głęboka narkoza przerywa ją podawaniem koffeiny, ew. wypłukaniem prostnicy lub nie podaje siarczanu magnesowego. U multipar zaczyna się równie poprzednio. Każdy bezbolesny poród należy prowadzić indywidualnie podług tolerancji rodzącej i stanu narkozy. Metodę tę pozbawioną wszelkiego niebezpieczeństwa tak dla matki, jak i dla płodu poleca autor praktykom doświadczonym i to głównie tym, którzy mogą więcej czasu poświęcić kontroli takiego porodu. Zwraca dalej uwagę na to, że często podczas porodu nastaje pozorne osłabienie akcji sercowej płodu. Jest to tylko działanie narkotyku na dziecko Nie należy w takim przypadku użyć kleszczy, bo wiadomo z nowego piśmiennictwa, że w półnarkozie *asphyxia intrauterina* tylko rzadko nastaje, ponieważ pobudliwość ośrodka oddechowego płodu jest w tym okresie narkozy osłabiona. Niekiedy rodzą się dzieci w sinicy, ale po pierwszym oddechu sinica znika. Raz tylko na większą ilość porodów wydarzyła się autorowi *asphyxia,* która po użyciu koffeiny i zastosowaniu sztucznego oddychania wkrótce ustąpiła. Autor przeprowadził przeszło 90 porodów bezbolesnych i to w pierwszych 45 narkozą podług Gwathmey'a. W tej serji musiał 6 porodów ukończyć ekspresją. W drugiej serji (45) metodą wyżej opisaną, tylko 2 porody musiał szybko ukończyć i pierwszy z powodu defleksji, drugi z powodu zbytniej narkozy. Patologiczne stany porodowe nie nadają się do tej metody.

Nr. 21.

Dr. Jaroslav Elgart. *Patogeneza i zapobieganie metalues.* Autor stworzywszy nową metodę badań chorób zakaźnych, stosuje ją też do kiły i wyciąga stąd odpowiednie wnioski. Metoda ta polega na śledzeniu czasowego występywania objawów danej choroby i powikłań z nią związanych. Z pierwszych czasowo pojawiających się objawów choroby, stwarza prawidła dla zapobiegania, z dalszych objawów, jakoteż powikłań bada patogenezę i jej dalszy rozwój. I tak zalicza wszelkie początkowe objawy przy *tabes dorsalis* (bóle lansynujące, zaburz. czuciowe, objawy oczne, kryzy, arthropatje) nie do *neuritis* tylnych korzonków, ale do schorzeń systemu wegetatywnego. Czyli — *tabes* jest w pierwszym okresie chorobą systemu wegetatywnego, a dopiero później przechodzi przez tylne korzonki nerwowe na tylne sznury rdzeniowe. Z tego też wynika odpowiednie leczenie zapobiegawcze: 1) Częste powtarzania leczenia przeciwkiłowego. 2) Nakłucia lędźwiowe i zastrzyki środków jodowych intraduralnie ew. epiduralnie. 3) Postępowania balneotherapeutyczne i fizykalne dla przyspieszenia obiegu limfy i płynu mózgowo-rdzeniowego, czyli wypłukania toksyn i krętków z miejsc w których się zatrzymują. 4) W ostatnim rzędzie przypuszcza w późniejszych okresach możliwość nieopracowanej jeszcze pyretoterapji zapobiegawczej (proteinowej, malarji i t. d.).

Dr. Jan Paroulek. *Nowe próby w leczeniu wysięku opłucnowego i otrzewnowego.* W przypadkach wysięku opłucnowego, który nie ustępuje po zwyczajnem leczeniu, próbował autor nakłuciem usunąć część wysięku wpuszczając na jego miejsce do jamy opłucnowej filtrowane powietrze w takiej ilości, aby płuco znajdowało się w tym samym stanie ucisku w jakim pozostawało przed nakłuciem. Wychodzi z założenia, że wysięk jest wyrazem obrony ustroju, którego nie należy tej obrony pozbawiać, powietrze zaś wpuszczane powoduje dokładniejszy ucisk, znikają bóle, a potem już więcej wysięku nie przybywa lub też przybywa w tempie o wiele wolniejszem. Pobudzony pracami Tofanowa, Gudzeuta i Loewenthala, którzy stwierdzili dodatni wpływ przeciwzapalny emanacji radowej, a nie chcąc jej bezpośrednio użyć, by nie stracić wyników uzyskanych sztuczną odmą, zaprowadził autor emanację radową, jako *adjuvans* do leczenia wysięku odmą. Metoda ta może się najlepiej nadawać przy leczeniu wysięku towarzyszącego ruchowi opłucnej.

Nr. 22.

Dr. Bohumir Rejsek. *Przypadek choroby Fox-Fordycey'a.* Jest to przewlekle schorzenie skóry umiejscowione przeważnie w obu pachach, dookoła brodawek piersiowych, pępka, wielkich warg sromowych, na wzgórku łonowym i okolicy analnej. Występuje u kobiet i charakteryzuje się erupcją małych brodaweczek, wielkości prosa, barwy skóry, twardych o powierzchni gładkiej. Brodaweczki te są na skórze prawidłowej uszeregowane w sznurki. Na chorobę tę nie ma wpływu żadne leczenie miejscowe, ani wewnętrzne, ani też świetlne. Obraz histologiczny: *akanthosis epidermis, oedema,* nacick zapalny dookoła naczyń i dookoła gruczołów potnych, które okazują się silnie rozszerzone. Etjologja nie wyjaśniona. Podług Schieferdeckera jest tu przyczyną schorzenie gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu wzgl. gruczołów potnych. Podług innych pozostaje w związku z *neurodermitis,* co jednak Bukowsky badaniami histologicznemi ostatecznie zbił.

Nr. 22 i 23.

Dr. Josef Skokau i Dr. Otokar Stancl. *O działaniu krzemianu sodowego przy niektórych chorobach serca, naczyń i nerek.* Autor dochodzi na podstawie obszernych badań i spostrzegań do następujących wyników: 1% wodny rozczyn krzemianu sodowego wstrzyknięty dożylnie (2 cm^3 co 5-ty dzień) powoduje: 1) podwyższenie ciśnienia tętniczego zróżnicowanego t. j. podwyższenie ciśnienia skurczowego przy niezmienionem lub nieco zniżonem ciśnieniu rozkurczowem oraz zwolnienie czynności sercowej. 2) Działanie wspomagające środki nasercowe. 3) Nieznaczne działanie na obniżenie rozkurczowego ciśnienia krwi. W wielkiej ilości (20 cm^3 co 5-ty dzień) powoduje: 1) większą diurezę, 2) zniżenie rozkurczowego ciśnienia. Polepszenie zróżnicowanego ciśnienia tętniczego osiągnięte krzemianem sodowym trwa przez 3 miesiące. Działania moczopędne ustają 5 dni po zastrzyku.

Nr. 24.

Doc. Dr. Arnold Jirasek. *Nowy sposób dekompressywnej trepanacji.* Dotychczasowe sposoby dekompressywnej trepanacji ukrywają dwojakiego rodzaju niebezpieczeństwo dla chorego: 1) pogorszenie przy samej operacji, 2) wypadnięcie z wszystkiemi niebezpiecznemi powikłaniami w dalszym przebiegu pooperacyjnym. Pogorszenie przy samej operacji jest spowodowane nagłą przemianą stosunków wśródczaszkowych, wskutek których nastaje przekrwienie, wybroczyny i obrzęk mózgowy, oraz ustanie czynności ważnych ośrodków zwyrodniałych już poprzednio długotrwałem ciśnieniem wśródczaszkowem. Ze względu na to poleca autor następujący zabieg: Przedewszystkiem należy zniżyć ciśnienie przed operacją przez wypuszczenie płynu i dożylne wstrzyknięcie hipertonicznych roztworów. Samą operację należy przeprowadzić w ten sposób, że cięcie zaczynamy w przedniej części obwodu czaszki, w okolicy czołowej, na granicy owłosienia, przedłużamy je w górnych częściach *regio temporalis,* a z tylu nad guzami tylnemi. W równych rozmiarach należy otworzyć i oponę twardą unikając przytem przedniej i tylnej części *sinus longitudinalis.* Ten sposób dekompresji jak się autor mógł przekonać w przypadku ciężkiego wodogłowia wewnętrznego z powodu zatkania *aquaeductus Sylvii* guzem móżdżka, jest przez chorych doskonale znoszony i zniża wybitnie ciśnienie wśródczaszkowe, a tem samem usuwa dolegliwości stąd wynikające. Biorąc pod uwagę stosunki po trepanacji wynika, że przy tym sposobie dekompresji jest wypadnięcie mózgu w dalszym przebiegu wykluczone. Skiagrafja i encephalografja przeprowadzone w 3-cim tyg. po operacji potwierdziły mechaniczny wpływ tej operacji.

K. Henner. *Dzisiejsza diagnostyka podwyższonego ciśnienia wśródczaszkowego.* Diagnoza podwyższonego ciśnienia wśródczaszkowego może się dziś opierać na pozytywnym wyniku rozmaitych metod badania. Z 6 grup symptomatycznych ma i dziś wielkie znaczenie syndrom przedmiotowo-podmiotowy (bóle glowy, wymioty, zawroty, alteracja tętna i t. d.). Pewność wszak daje badanie encephalograficzne i mierzenie hipertenzji płynu mózgowo-rdzeniowego przynajmniej podczas 2 nakłuć. Tarcza zastoinowa jest tylko potwierdzeniem poprzednio dodatnich prób, ale podług doświadczeń autora i innych staje się jasnem, że musi się ona objawić później niż wodogłowie III komory, lub też wogóle się nie objawia. Tarcza zastoinowa może też zniknąć a to w stanach, które nie mogą się spontanicznie wygoić (guzy mózgowe). Pozytywny syndrom hipertenzji zapewniony roentgenem ma również wielkie znaczenie. Syndrom przedsionkowy nie jest jeszcze powszechnie uznany, ale nie ulega wątpliwości, że już wkrótce zostanie oznaczony z dostateczną dokładnością.

Nr. 25.

Doc. Dr. Horak. *Diagnostyczne znaczenie objawu d'Espinea u dorosłych przy należytej technice badania.* Objaw ten u dorosłych ma wielkie znaczenie diagnostyczne przy zmianach w śródpiersiu, jeżeli go słyszymy pod 5-tym kręgiem piersiowym. U zdrowych jest silniejsza bronchofonja nad kręgosłupem, a nawet można zrozumieć poszczególne słowa aż do 5 kręgu piersiowego. 5-ty krąg piersiowy stanowi zatem granicę między prawidłowym a. patologicznym d'Espine'em. Techniczne uwagi: głoski przy wysłuchu nad kręgosłupem zmieniają się. Najlepiej słyszy się głoskę **a** i spółgłoskę **l**. Jeżeli zatem nie chcemy osądzić dodatniości objawu d'Espine'a ze silniejszego głosu musimy używać specjalnie skonstruowanych słów, jak n. p. lata, tata.

Nr. 26.

Dr. Ferd. Tomanek. *Leczenie polycythaemia rubra radem.* Naświetlanie długich i płaskich kości wywarło widoczny dodatni wpływ radu na nieprawidłową czynność leukopoetyczną. Naświetlanie śledziony okazało się bezskutecznem. Naświetlać należy małą dawką, raczej przez dłuższy okres czasu, by uniknąć powstania leukopenji.

Schnek (Lwów).

Monatschrift f. Psych. u. Neur.

T. LXI. Z. 2.

Wiliam Kerppola. *O powstawaniu i leczeniu proteinowem migreny.* Na podstawie swych obserwacji przychodzi autor do wniosku, że pacjenci, cierpiący na migrenę w starszym wieku często wykazują jednocześnie objawy hipertonji, z drugiej strony dość często obserwuje się napady migreny w łączności z objawami hipertonji essencjalnej. Badania autora nad zachowaniem się ciśnienia krwi podczas napadu wykazywały częste podniesienia ciśnienia o 20—40 mm. Hg. W 3 przypadkach migreny zastosował autor wstrzykiwania adrenaliny 1 mgr. domięśniowo. Podwyższone w tych przypadkach ciśnienie obniżało się o kilkadziesiąt mm Hg. i jednocześnie ustawał napad migreny na przeciąg 2—6 godzn. W przyp. migreny bez podwyższenia ciśnienia powyższy zabieg pozostawał bez skutku. (Obniżenie ciśnienia po adrenalinie tłumaczy autor tem, że po początkowym skurczu naczyń następuje ich porażenie i rozszerzenie). Powyższe spostrzeżenia skłaniają autora do uznania sympatykotonicznego pochodzenia napadów migreny. O podwyższonej wrażliwości naczyniowej u migreników świadczą również badania autora z wstrzykiwaniem dożylnie adrenaliny w ilości ½ mgr. po zabiegu tym u migreników ciśnienie podnosiło się o 20—30 mm. Hg., czego u zdrowych ludzi nie spostrzegano. Badania nad zachowaniem się płynu mózgowo-rdzeniowego w przypadkach migreny wykazały zmiany, pokrywające się w zupełności ze zmianami, zaobserwowanemi w przypadkach hipertonji essencjalnej: mianowicie wyższą od normy zawartość białka, obniżenie zawartości soli i podwyższone ciśnienie; powyższe zmiany uzależnia autor od wzmożonej przepuszczalności opon w obu tych cierpieniach. Przytoczone zmiany w płynie stwierdził autor również w przypadkach tyreotoksykozy, choroby Basedowa i niedorozwoju płciowego. Na zasadzie powyższego wnioskuje on, że nietylko zaburzenia cyrkulacyjne, ale również i zaburzenie wydzielania wewnętrznego wpływają na wzmożenie przepuszczalności opon, czyli zarówno pierwsze jak i drugie zaburzenia mają znaczenie w etjologji migreny.

Zaburzenia cyrkulacyjne w postaci skurczu naczyniowego stwierdza autor również w innych narządach w przypadkach migreny. Badania jego nad zachowaniem się sekrecji żołądkowej w tem cierpieniu wykazały b. częstą heterochylję, którą tłumaczy anemja śluzówki żołądka, spowodowana przez skurcz naczyniowy. Podobnie i badania innego autora, Tyrni, nad zachowaniem się nerek u chorych na migrenę wykazały (przy próbie zapomocą adrenaliny) często występujące skurcze naczyniowe w nerkach; obserwacja ta tłumaczy często występujące wstrzymanie moczenia podczas napadu i następczą poliurję ponapadową. Storm van Leeuven, Bien i Varekamp w przyp. migreny stwierdzili nawet obecność we krwi ciał podrażniających mięśnie gładkie. Autor przeprowadza następnie analogję między migreną i *asthma bronchiale* i uważa, że te same czynniki, które wywołują astmę, mogą powodować występowanie migreny: a mianowicie nadwrażliwość systemu nerwowego, zaburzenia dokrewne, czynniki allergiczne. Z tych względów uzasadnionem wydaje się stosowanie, często skuteczne, preparatów gruczołowych: jak Thyreoidyny, wyciągu z łożyska („Migräneserum"). Również i proteinoterapja, jako obniżająca pobudliwość naczynioruchową daje często skuteczne wyniki. Za najbardziej odpowiednie pod względem skuteczności uważa autor leczenie zastrzykami alttuberkuliny. (1 miljon—1/10 tysięcy Alttuberkulin 2 zastrz.

potem 1 zastrz. tygodpniowo, ogółem 10 injekcyj). Na 40 przypadków migreny: w 27-m była poprawa zupełna, w 10-ciu poprawa znaczna, w 3-ch bez skutku. W ciężkich przypadkach radzi autor wzmocnić działanie tuberkuliny zastrzykami domięśnowemi 1% rozczynu siarki w ilości 0,1—1 cm^3.

Kacenelzon (Warszawa).

Klin. Woch.

1926. Nr. 1.

A. Buschke-M. Gumpert (Berlin): *Płeć a uwłosienie.* Na ostatnim kongresie dermatologów w Monachium R. Stein mówiąc o przyczynie łysienia wskazał na drugorzędny objaw płciowy polegający na tem, że u chłopców po okresie pokwitania tworzą się t. zw. kąty czołowe *(calvities frontalis adolescentium)* w postaci regularnych trójkątów pozbawionych uwłosienia, a położonych po obu stronach linji środkowej czoła. Objaw ten — zdaniem Steina, nie występuje ani u dzieci ani u kobiet. Zdaniem autorów twierdzenie Steina nie da się poprzeć dowodami, gdyż tworzenie się kątów może zależeć od wielu innych czynników, jako to: wzajemny stosunek kości czaszki i szybkość ich wzrostu, szczególna właściwość włosów, kierunek ich wzrostu i cechy rasowe.

W. Mittelstaedt (Gera). *Roseola infantum. (Exanthema subitum).* Cierpienie występuje nagle, wśród podwyższenia ciepłoty do 40°. Dzieci są niespokojne, jakkolwiek wygląd ogólny nie ulega zmianie. Gorączka trwa (z remisjami) około 3 dni. Badanie przedmiotowe nie stwierdza żadnych zmian. Czasem występuje lekki katar. Gdy ciepłota spadnie *per crisim* do normy występuje *exanthema morbiliforme,* w postaci małych różówo-czerwonych plamek, 2—5 mm. średnicy, nieznacznie tylko lub zupełnie nie wystających ponad powierzchnię skóry. Plamy te mogą na plecach częściowo zlewać się, a znikają po 2—3 dniach. Objawu Koplika nie ma. W czasie gorączki i wysypki występuje we krwi znaczne zmniejszenie liczby ciałek białych (3—6 tys.), ciałka wielojądrzaste znikają prawie zupełnie, zwiększa się natomiast liczba limfocytów. Po 7—9 dniach obraz krwi staje się znów normalny, cierpienie to występuje najczęściej u dzieci do 2 lat, u starszych b. rzadko, a wywołane jest (zdaniem autora) samoistnem zakażeniem przez nieznany dotąd *virus.*

Nr. 2.

R. Priesel-R. Wagner. (Wiedeń. Klin. Pirqueta). *Tuczenie dzieci insuliną.* Na podstawie doświadczeń dochodzą autorowie do wniosku, że leczenie tuczne w wieku dziecięcym w przypadkach braku łaknienia *(anorexii)* bez widocznej przyczyny, jakoteż z powodu niedokrwistości i gruźlicy, można wydatnie wspomagać zapomocą wstrzykiwań insuliny. Wywołuje się w ten sposób hipoglikemję, co znów pobudza apetyt. Oseskom należy równocześnie wstrzykiwać dożylnie roztwory wysokoprocentowego cukru, a to z powodu niebezpieczeństwa, które pociąga za sobą hipoglikemja osesków. Ten sposób leczenia — zdaniem autorów — daje lepsze wyniki aniżeli doustne podawanie cukru, zwłaszcza u dzieci skłonnych do wymiotów.

Nr. 3.

E. Schneider (Frankfurt). *Na czem polega słabe działanie biologiczne promieni roentgenowych na istoty jednokomórkowe.* Istoty jednokomórkowe wykazują znacznie mniejszą wrażliwość na energję promieniotwórczą, aniżeli ustroje wyższe. Komórkę bowiem istot jednokomórkowych cechuje większa niezależność od otoczenia aniżeli to widzimy w komórkach tkanek. Ponieważ zatem promienie roentgenowskie działają przedewszystkiem na środowisko otaczające komórkę, przeto najmniejszą szkodę ponoszą komórki niezbyt ściśle związane z otoczeniem, jakiemi są istoty jednokomórkowe.

G. Endres (Greifswald). *W sprawie oddziaływania płynów do wlewań śródżylnych.* Dotychczas nie brano pod uwagę zmian kwasoty i jonów we krwi osób silnie skrwawionych. Zmiany te jednak istnieją, a dowodzą tego liczne doświadczenia różnych autorów. Polegają one na przesuwaniu się równowagi kwasowo-zasadowej krwi w kierunku kwasoty i muszą być uważane za wyraz mechanizmu regulującego. Nie należy więc przeciwdziałać im i osłabiać ich działania zapomocą płynów alkalicznych. Płyny, których używa się do wlewań śródżylnych powinny być mniej lub więcej kwaśne w stosunku do oddziaływania krwi, gdyż jedynie wtedy O_2 związany z hemoglobiną ma optimum działania i zapobiega niebezpieczeństwu silniejszego obniżenia napięcia O_2 we krwi tętniczej, ułatwia dyssocjację oxyhemoglobiny, a tem samem oddawanie O_2 z krwi do tkanek.

Wiślański (Lwów).

Gruźlica.

Beitr. zur Klinik der Tuberculose. Tom . 60.

Guth: *Allergja wegetatywna.* Układ roślinny, według Gutha, nie jest układem zamkniętym w sobie. Obejmuje on układ nerwowy roślinny, gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem, narządy krwiotwórcze, surowicę krwi i stanowi jednostkę czynnościową.

Guth dowodzi, że gruźlica zmienia w pewien stały sposób odczyn całego układu roślinnego i w związku z Pirquetowskiem pojęciem allergji wprowadza pojęcie allergji roślinnej. W 150 przypadkach gruźlicy bada Guth jednocześnie czynność układu roślinnego, a więc oddziaływanie na adrenalinę, obraz krwi, szybkość opadania krwinek, wrażliwość na tuberkulinę, czasem też leukocytozę trawienną i wiązanie dopełniacza (Besredka).

Przechodząc od przypadków lekkich do przypadków z coraz większym rozpadem, mierzy autor pobudliwość ukł. nerwowego roślinnego, mianowicie jego części sympatycznej — wysokością ciśnienia, a układ parasympatycznej — częstością tętna. Wielkości te dają sie ująć systematycznie w szereg typów linij krzywych, a mianowicie:

Typ.	Krzywa ciśnienia	Krzywa tętna	pobudl symp.	pobudl parasymp.
I.	silnie w górę	silnie w dół	+ +	+ +
II.	„ „ „	waha się lub się nie zmienia	+ +	+
III.	miernie w górę	miernie w górę	+	—
IV.	„ „ dół	„ „	—	—
V.	„ „ „	„ dół	—	+

Im większy rozpad, tem do typu dalszego należy dany przypadek: przytem prognostycznie ważnym jest nie tylko stopień zmiany pobudliwości, ale i wzajemny stosunek zmian sympatycznej i parasympatycznej części. Przypadki z dużym rozpadem wykazują typy krzywych adrenalinowych I—III; w tych szybko rozpoczyna się proces reparacyjny; lub przypadki z małym rozpadem o typach krzywych III—V, te znów mają, według Gutha, rokowanie złe, mają konstytucjonalnie mniej wartościowy układ wegetatywny nerwowy.

Badanie wrażliwości adrenalinowej wykazuje, że wpływ, jaki wywiera gruźlica w miarę postępu sprawy rozpadowej na układ nerwowy, polega na stopniowem zmniejszaniu jego pobudliwości i to z początku jego części parasympatycznej; późniejszy spadek układu współczulnego jest szybszy i dlatego układ para-sympatyczny zyskuje przewagę względną przy absolutnie zmniejszonej pobudliwości obu części. Dlatego przy rozpatrywaniu przypadków typów III—V można było dojść do wniosków mylnych o uczuleniu części para-sympatycznej.

Równocześnie badanie innych czynników wegetatywnych wykazało, że i na nie gruźlica wywiera wpływ systematyczny, że wszystkie one przebiegają równolegle: w miarę postępu rozpadu szybkość opadania krwinek wzrasta; limfocytoza się zmniejsza, neutrofilja wzrasta; w miarę procesów repracyjnych wszystkie te objawy zmieniają się w odwrotnym kierunku, czyli:

1) gruźlica zmienia w sposób stały odczyn całego układu roślinnego (allergja wegetatywna),

2) poszczególne czynności wegetatywne przebiegają równolegle, muszą więc być jednolicie regulowane.

Halir i Kettner: *Obraz krwi w schorzeniach gruźliczych w stosunku do allergji wegetatywnej.* Opierając się na pracach Gutha, wykazujących pewien wzajemny stosunek sprawy gruźliczej i pobudliwości układu nerwowego wegetatywnego, więc korrelacja między systemem sympatycznym i parasympatycznym (allergja wegetatywna) autorzy chcieli na podstawie badań krwi wykazać istnienie prawidłowości w stosunku między schorzeniem gruźliczem i obrazem morfologicznym krwi z jednej strony i obrazem krwi a pobudliwością układu wegetatywnego — z drugiej strony.

Krew badano przed wstrzyknięciem adrenaliny, określając ciśnienie krwi, i po skończonem jej zadziałaniu.

Wynik badania daje się ująć w następujące tezy:

1) Chorzy na gruźlicę ze zmianami nie rozległemi wykazują we krwi zawsze limfocytozę, która w miarę postępowania sprawy zamienia się w leukocytozę. 2) W przypadkach lżejszych mamy zawsze normalną ilość białych ciałek, w ciężkich — leukocytozę. 3) Jednorazowe badanie nie jest miarodajne. 4) Im większa pobudliwość układu wegetatywnego na adrenalinę tem częściej spotykamy we krwi leukocytozę. 5) Powiększenie się ilości limfocytów we krwi jest objawem normalnym i nie wskazuje ono na stopień ciężkości, ani na rozległość sprawy, ani na allergję wegetatywną, natomiast występująca po adrenalinie limfopenja wskazuje na ciężkość sprawy i małą pobudliwość układu wegetatywnego. 6) Po-

lepszenie się allergji wegetatywnej powiększa ilość limfocytów, pogorszenie się — prowadzi do zmniejszenia ilości limfocytów. 7) Stosunek między pobudliwością układu wegetatywnego i obrazem krwi istnieje o tyle, o ile zmiany w jednym wywołać mogą przesunięcie w drugim. Bezpośredniej zależności obrazu krwi od stanów pobudliwości układu wegetatywnego nerwowego nie stwierdzono.

E. Weigeld: *Szybkość opadania krwinek czerwonych a allergja wegetatywna.* Badania autora miały na celu ustalenie związku pomiędzy szybkością opadania kr. cz. a zmianą oddziaływania układu roślinnego pod wpływem zakażenia gruźliczego (allergja wegetatywna Gutha).

Na zasadzie badań w 136 przypadkach gruźlicy płuc autor stwierdza, że szybkość opadania i wrażliwość na adrenalinę wzrastają równolegle z rozległością sprawy chorobowej, szczególnie zmian rozpadowych.

Z tego autor wnioskuje, że szybkość opadania krw. czer. jest wyrazem zmiany oddziaływania układu roślinnego na zakażenie gruźlicze i że przy kilkakrotnem powtórzeniu może odczyn ten być godnym uwagi środkiem pomocniczym przy określaniu stanu allergji wegetatywnej.

Frisch: *O wartości rokowniczej sedymentacji przy gruźlicy płuc.* Autor podaje wyniki 65 przypadków, które skontrolował po upływie 3 lat od pierwszego badania.

Przy pierwszem, jak i powtórnem badaniu autor posługiwał się metodą Linsenmeiera i określał średnią opadania krwinek czerwonych.

Na podstawie klasyfikacji Neumana autor dzieli rozpatrywane przypadki na 3 grupy:

I. obejmuje przypadki o przebiegu łagodnym. Sprawy gruczołowe w postaci kompleksu pierwotnego, gruźlicy poronnej i *pleurite à repetition.* Z tej grupy autor podaje 16 przypadków: wszystkie one przy pierwszem badaniu miały sedymentację powyżej 100. W jednym tylko przypadku, *tub. abortiva, Sed* = 16, co zależało od współistniejącej kiły.

W tej grupie autor nie stwierdził ani jednego przypadku śmierci; we wszystkich przypadkach sedymentacja jest obecnie wyższa, niż przed 3 laty. Wszystkie te przypadki nie mają żadnych dolegliwości i są wyleczone.

II. gr. obejmuje przypadki gruźlicy otwartej, przebiegające z objawami zserowacenia, rozpadu i przypadki pneumoniczne.

W 28 przypadkach autor stwierdził tu sedymentację poniżej 70 i aż do 5; 16 z tych przypadków zmarło i w 15 z nich przyczyną zejścia była gruźlica, jeden popełnił samobójstwo.

Z pozostałych autor ma tylko wśród pięciu przypadków wiadomości o dalszym losie pacjentów. 1 pacjentka o sedymentacji 15 leczona odmą sztuczną i frenikotomją ma obecnie Sed = 66. Druga dawniej 19 jest obecnie *moribunda* i ma sed. 14. W dwóch przypadkach o sedymentacji 38 i 65 nastąpiła poprawa i sedyment. podniosła się do 139.

W przyp. *pneumonia congestiva* pomimo S. 23 nastąpiło klinicznie wyzdrowienie. *Pneumonia pleurogenna* o S. = 19. Zmarła.

III grupa obejmuje 21 przypadków gruźlicy hematogennej *tuberc. fibrosis densa* z sedymentacją od norm. do 47 z jednym tylko przypadkiem śmierci o sed. 245 (pacjent miał jednocześnie *lues* przyczyna śmierci nie ustalona). Z jedenastu przypadków tej grupy 5 przekontrolowanych wykazało sedymentację wyższą. Objektywnie stan dobry — wszyscy zdolni do pracy.

3 przypadki *Tubercul. postpleur. cortic. fibr.* również stan dobry. *Phtisis fibro-ulcerosa cachectisans* 3 przypadki o najniższej sedymentacji (14, 16, 16); wszystkie zmarły. 4 przypadki o sedymentacji wyższej — żyją.

Reasumując, autor dochodzi do wniosku, że przyśpieszona sedymentacja przemawia za bardzo poważnem rokowaniem w przebiegu gruźlicy; sedymentacja normalna lub nieznacznie przyśpieszona przemawia za sprawą pomyślną; jak w poprzednich swych pracach, dochodzi do wniosku, że sedymentacja normalna wyklucza czynną sprawę gruźliczą; nieznacznie przyśpieszona wyklucza sprawy zserowacenia, pneumoniczne i surowiczo-wysiękowe; przyśpieszona natomiast czyni rokowanie wątpliwem.

Th. Landgraf: *Czy należy stosować przecięcie n. przeponowego jako samoistny zabieg przy leczeniu suchot płucnych.* Stuertz pierwszy w r. 1911 zalecał przecięcie *n. phrenici* przy leczeniu ciężkich postaci jednostronnych przewlekłych suchot płuc. Dopiero jednak dzięki Felixowi, który zalecał egzerezę (wyciąganie) nerwu zabieg znalazł szersze zastosowanie. Götze zaleca t. zw. radykalną frenikotomję, polegającą na przecięciu nerwu podobojczykowego oraz gałązek nerwu współczulnego idących do nerwu przeponowego.

Egzereza jest stosowana jako zabieg pomocniczy lub przygotowawczy. Autor zastosował zabieg u 14 chorych przy torakoplastyce; w 11 przypadkach przed operacją, a w 3 — po operacji. w 12 przypadkach osiągnął wynik dobry. Dokonał też zabiegu u 6 chorych z ciężką, przeważnie jednostronną, sprawą gruźliczą, u których nie udało się założyć odmy i u których nie było wskazań do torakoplastyki; w 4 przypadkach osiągnął wynik dobry. Dobry wynik osiągnął również w 2 przypadkach rozstrzeni oskrzeli w dolnem płucu prawem.

U 3 chorych, u których zabieg zastosowany był przed torakoplastyką w celu czynnościowego zbadania płuca symetrycznego, osiągnięto znakomitą poprawę, wskutek czego chorzy ci nie zechcieli się już poddać operacji torakoplastyki. Czwarty chory uważał się za wyleczonego i również nie zgodził się na torakoplastykę.

Wyniki te prawdopodobnie nie będą stałemi; nie należy uważać za możliwe całkowitego zbliznowacenia płuca, prawdziwe wyleczenie jest wątpliwe, ale przypadki te wskazują, że można osiągnąć dzięki frenikotomji wynik czysto objawowy dodatni.

Autor stosował zabieg również w przypadkach ciężkich obustronnych schorzeń, w których nie można było stosować innych zabiegów chirurgicznych. Przecięcie *n. phrenicus* często wywołuje nieznaczne tylko zmniejszenie się objętościowe płuca, lecz jednoczesne dobre unieruchomienie płuca; zabieg mało wpływa na czynnościowe obarczenie drugiego płuca i jeżeli nie daje czasami spodziewanego wyniku, nie jest jednakże zabiegiem szkodliwym dla chorego. Podobnie jak przed nim Alexander, odróżnia autor wynik bezpośredni od pośredniego.

Unieruchomienie i wysokie ustawienie przepony wraz ze zmniejszeniem się objętości płuca nie jest wynikiem ostatecznym. Czasami widział autor dobry wynik i przy niezbyt wysokiem ustawieniu przepony. Spadek ciepłoty autor uważa za wyraz dezintoksykacji ustroju; zmniejszenie się kaszlu i wydzielin uważają za wyraz szybszego i lepszego bliznowacenia płuca chorego. Możliwe, że i siła serca staje się większa.

Wynik zabiegu nie jest zależny od wielkości części rezerkowanego nerwu; nie zależy też od wysokości ustawienia przepony, lecz od charakteru anatomicznego cierpienia.

Przy cierpieniach ze skłonnościami do bliznowacenia — widziano zawsze dobre wyniki.

Autor stosował i egzerezę i zwykłą frenikotomję.

Na zasadzie 50 dokonanych zabiegów autor uważa, że należy zalecać frenikotomję jako zabieg samoistny, dający dobre wyniki. Do wskazań istniejących autor dodaje i obustronną gruźlicę płuc, kiedy nie można dokonać torakoplastyki ani odmy.

Silberschmidt: *W sprawie rokowania i etjologji gruźlicy w przypadkach surowiczego zapalenia opłucnej.* Według statystyki Landoury z roku 1884-go 98% wszystkich surow. zap. opł. sprowadza się do gruźlicy. W kilka lat później podaje Netter na zasadzie odczynu Pirquet'a 87%, jako pochodzenia gruźliczego. Jako metody rozpoznawcze używane były początkowo tylko badania kliniczne i wyniki sekcyjne, później zaczęto stosować metody bakterjologiczne i doświadczalne. Mikroskopja wysięku nie dała wyników oczekiwanych. Ehrlich był jednym z pierwszych którzy stwierdzili prawie zawsze brak laseczników Kocha w płynie surowiczym z opłucnej. Pałeczki gruźlicze albo zostały rozpuszczone, albo strącone razem z włóknikiem. Cytodjagnostyka rozwinięta dzięki pracom Widala i Ravault ustaliła, jako przemawiającą za gruźlicą przewagę limfocytów w wysięku. Przewaga leukocytów odpowiadać miała niegruźliczemu zakażeniu. Znaczna ilość śródbłonka, według danych z piśmiennictwa, przemawia za przesiękiem wzgl. nowotworem. Preisich i Flesch odmawiają tej metodzie wszelkiej wartości rozpoznawczej ze względu na zmienne wyniki. Badania Besredki i Wasermanna na odchylenie dopełniacza przeprowadzone zostały dotychczas tylko z surowicą krwi u gruźliczo chorych, a nie z płynem z opłucnej. Możliwe jest, że metoda ta będzie posiadała kiedyś wartość kliniczną, nie ma jej jednak obecnie. Pozostaje jeszcze tylko doświadczenie na zwierzętach — przez wstrzyknięcie wątpliwego płynu do jamy brzusznej morskiej świnki i późniejsze badanie sekcyjne. Zostało ono wprowadzone przed czterdziestu laty we Francji, lecz dłuższy czas nie dawało zadowalniających wyników. Chodzi o to, aby pracować względnie dużą ilością materjału (10—15 cm^3 płynu surowiczego) i używać w każdym przypadku po 2—3 świnki morskie. Materjał autora z tego ostatniego działu obejmuje 1043 przypadki zap. opłucnej wysiękowego, w których przeprowadzone zostały badania na zwierzętach. Statystyka dotyczy okresu 25 lat istnienia kliniki zurychskiej. Z danych autora wynika, że z 1043 chorych na wys. zap. opł., 518 czyli 50% miało gruźlicę. Kobiet gruźliczo chorych było 47,4%, mężczyzn 50,5%. Jest to dotychczas pierwsza i jedyna większa statystyka tego rodzaju, ponieważ dotychczasowe publikacje wszystkie razem wzięte obejmują nie więcej niż 145 przypadków badanych doświadczalnie. Co do umiejscowienia sprawy chorobowej autor podaje: *Pleuritis dextra serosa* 48,7%, *sinistra* 48,0%, *duplex* 3,3%, czyli dawniejsze przypuszczenie, jakoby lewostronny wysięk występował częściej, jest mylne. Również wiek chorego nie wywiera jakiegokolwiek wpływu na częstość występowania wysięku.

Co się zaś tyczy rokowania, autor zaznacza, że przy gruźliczem wysięk. zapaleniu opłucnej rokowanie jest lepsze u osób młodych.

F r i s c h: *Badania zagadnienia czasu odczynu tuberkulinowego.* Praca z szeregu innych, traktujących sprawę zagadnienia odczynu tuberkulinowego; przedmiotem badań jest tu t. zw. „Reaktionszeit“, czas odczynu, czas od chwili zastrzyknięcia do maksymalnego podniesienia się ciepłoty przy odczynie tuberkulinowym.

Wyniki badań są następujące:

1) Cz. od. jest stale jednakowy w jednym i tym samym przypadku, niezależnie od dawki i sposobu stosowania tuberkuliny. Zauważyć się dające czasami uchylenia zależą od wpływów ubocznych, jak n. p. menses i in. 2) Cz. od. jest tem dłuższy, im mniej czynną jest sprawa. Dają się jednak zauważyć wyjątki (przypadek o przebiegu łagodnym z wolnem opadaniem krwinek, który jednak w końcu okazał się *phtisis fibro-cas.* o wtórnym charakterze włóknistym). 3) Cz. od. przy sprawach łagodnych jest naogół dłuższy, przy ciężkich — krótki. 4) Cz. od. nie zależy od zmian. 5) Cz. od. nie zależy od allergji. Np.: Cz. od. — 10 godz. przy dawce 4,5 mg. Cz. od. — 30 godz. przy dawce 0,002 mg. 6) Krzywa ciepłoty przy krótkim Cz. od. jest bardziej stroma, ale może być stroma i przy długim Cz. od., jeżeli skok następuje w końcu od. Stromość bardziej zależy od nasilenia procesu; przy intensywniejszem — większa i odwrotnie. 7) Czas trwania reakcyj też bardziej jest zależny od nasilenia, niż od Cz. odczynu.

W końcu pracy autor porusza sprawę swoistości tuberkuliny, podkreślając jakościowe różnice pomiędzy odczynem tuberkulinowym a zwykłym proteinowym, znajdującym swój wyraz w różnym Cz. od. (w jednym i tym samym przypadku): 7 do 8 godz. dla proteinów, 30 do 32 — dla tuberkuliny, co objaśnić trzeba rozmaitym mechanizmem działania.

Zmienność i różnorodność czynników, wpływających na odczyn tuberkulinowy (wysokość dawki, sposób stosowania, allergja i t. d.) nie mogą warunkować stałości wywoływanych przez nie objawów. Musimy doszukiwać się momentu różnego dla różnych, jednakowego — dla jednego i tego samego przypadku.

Tym momentem (w pewnych granicach czasowych) jest budowa anatomiczna ogniska gruźliczego. Autorowi nasuwa się hipoteza: długi czas w sprawach nieczynnych i łagodnych uwarunkowany jest lepszą izolacją ogniska i trudniejszem przenikaniem tuberkuliny.

F r i s c h i B a u m g a r t n e r: *Odczyn tuberkulinowy i białko krwi.* Badania dotyczyły wszystkich frakcji białka krwi, jednak bardziej cenne rezultaty osiągnięto przy badaniu fibrynogenu.

Naogół badania, jak sami autorzy przyznają są niedostateczne, pod względem technicznym nieścisłe, wyniki chaotyczne.

Wyniki badań są następujące:

1) W wahaniach ogólnej ilości poszczególnych proteinów żadnej prawidłowości zauważyć się nie daje. 2) Odpowiednie zmiany w białku krwi występują i po dawkach, nie wywołujących odczynu. 3) Zmiany w poszczególnych frakcjach: przy poprawie — spadanie krzywej fibrinogenu.

Danych Bergera, że po maksimum ilości fibrynogenu następuje maksimum globuliny, w końcu zaś albuminy — nie potwierdzają, jakkolwiek i tu po spadaniu krzywej fibrinogenu wzrastała krzywa globuliny, jednak bez wszelkiej prawidłowości. 4) U jednego i tego samego chorego zauważyć się dawały różnice ilościowe; zmiany jakościowe (czas trwania reakcji) pozostały jednakowe. Niema równoległości między krzywą ciepłoty a fibrinogenem. 5) Dla określenia zależności odczynu od postaci anatomicznej gruźlicy konieczne są dalsze badania.

Naogół: przy sprawach czynnych — szybki wzrost fibrynogenu, przy nieczynnych lub mających tendencję do przejścia w stan ukryty — wzrost stopniowy w przeciągu kilku dni.

Powiększenie ilości fibrinogenu *(Hyperinosa)* przy odczynie tuberkulinowym autor, zgodnie z teorją Herzfeld-Klinger o pochodzeniu fibrynogenu, objaśnia wzmożonym rozpadem tkanki gruźliczej, wywołanym przez odczyn ogniskowy.

P. H e i l m a n n: *Przyczynek do badań nad owrzodzeniem pierwotnem i wtórnem — podług materjału uzyskanego na 150 sekcjach.* Badania czynione były w okręgu górniczym w Zwickau (Saksonja).

Autor na wstępie wskazuje na trudności, zachodzące czasami przy różniczkowaniu owrzodzeń pierwotnego i wtórnego i na możliwość przeoczenia, nie bacząc na b. dokładne badania drobnowidowe, małych ognisk pierwotnych w zmienionej pod wpływem pylicy tkance płucnej. Badaniu podlegały prawie wyłącznie zwłoki ludzi starszych — wobec czego miano do czynienia z wygojonemi już owrzodzeniami pierwotnemi. Zmiany patologo-anatomiczne, stwierdzone w pierwotnych owrzodzeniach i reinfektach, odpowiadały w zupełności zmianom, opisanym przez Puhla.

Pierwotne owrzodzenie ma dwie otoczki: swoisto-szklistą i nieswoistą — z tkanki łącznej, leży w dobrze wentylowanych okolicach płuc, podopłucnowo, przeważnie w prawem płucu, ma postać prawidłowo okrągłą, jest pojedyncze.

Otorbione reinfekty istnieją w większej ilości, leżą po większej części w wierzchołkach, w szyfrowo zmienionej i zgrubiałej tkance płucnej, o postaci najrozmaitszej, jest otoczone przepojoną pyłkiem węglowym tkanką łączną z płaszczem z hyalinowo zmienionej tkanki płucnej — w około.

Zgrubienia opłucnej tworzy masa szklista, którą również spotkać można w stwardniałych gruczołach chłonnych.

Czy ta masa hyalinowa jest, jak przypuszcza Puhl, pochodzenia gruźliczego, ostatecznie ustalonem nie jest.

Wyniki badań są następujące:

Na 150 sekcjach znaleziono 38 przypadków gruźlicy czyli 25,3% wszystkich sekcyj.

Pierwotne owrzodzenia skonstatowano w 14-tu przypadkach = 9,3% wszystkich sekcyj i 23,6% gruźliczych zmian wogóle.

Odsetek ten właściwie powinien był być nieco większy, gdyby wliczono 8 przypadków, w których zależności zmian tych od *tbc.* nie ustalono, i kilka przypadków, w których pierwotne owrzodzenie dzięki swym małym rozmiarom prawdopodobnie zostało przeoczone.

Mały odsetek gruźlicy w porównaniu z liczbami innych autorów, jak również z dość wysoką liczbą przypadków wyleczonych w stosunku do postępujących, Heilmann skłonny jest objaśnić dobroczynnym wpływem antrakozy.

Pył węglowy, nie raniąc i nie drażniąc silnie tkanek, powoduje prędsze zabliźnianie, działając z jednej strony antyseptycznie, co uwidacznia się w szybkiem gojeniu się ran u górników, z drugiej — mechanicznie przez zatykanie i związaną z niem obliteracją naczyń chłonnych.

K. B. G. (Łódź).

RUCH W TOWARZYSTWACH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

X. P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 26. marca 1926 r.

Przewodniczący kol. G r e k, obecnych 90. członków.

Kol. J. D ę b i c k i (C h a n i a), nawiązując do pokazu kol. Hilarowicza z poprzedniego posiedzenia preparatu *mięsaka kości strzałkowej* zaznacza, że należy sprostować pojęcia, wypowiedziane przez prof. Schramma, w interesie ogólnym, gdyż sprowadzają one dezorjentację w kwestji tak zasadniczej, jaką jest stanowisko zabiegu chirurgicznego w przypadkach mięsaka.

Na podstawie wyczerpującej literatury zagranicznej, i statystyki zestawionej przez znanych chirurgów, jak Schmieden, Holfelder, Küttner, Anschütz, Jüngling, Seitz i Wintz i wielu innych, nie uzyskuje się w przypadkach mięsaka lepszych wyników przez operację, jak przez naświetlanie. Schmieden nie operuje mięsaków i idzie tak daleko, że wzbrania się nawet przed wycięciem próbnem, ponieważ zabieg chirurgiczny pogarsza rokowanie. W szczególności mięsaki okostnowe kości dają jaknajgorsze wyniki operacyjne. I tak Küttner, zresztą zwolennik operacji, zyskuje zaledwie 12% wyleczeń po wczesnej wysokiej amputacji. (Statystyka zestawiona na podstawie 134 przypadków mięsaków kości). Jüngling z kliniki Perthesa podaje, że z 20 przypadków mięsaka kości udowej, operowanych, nie udało się uratować ani jednego, i stoi na stanowisku, by bezwarunkowo przed jakimkolwiek planowanym zabiegiem naświetlić. Seitz i Wintz otrzymali w 90 przypadkach mięsaków 35% wyleczeń po naświetlaniach. (obserwacja 2 letnia). Holfelder zyskuje nawet 43%. Takiemi wynikami nie może się pochwalić chirurgja. Mięsaki okostnowe należy zatem wedle doświadczeń zebranych na bardzo bogatym materjale, właśnie naświetlać, i to koniecznie naświetlać, a nie operować. Jeżeli zaś chodzi o zabieg chirurgiczny z jakiemtakiem pomyślnem rokowaniem, to należało w danym przypadku wykonać wysoką amputację kończyny. Częściowe wycięcie chorej kości nie można nazwać radykalną operacją i rokowanie w tym przypadku jest bardzo smutne. Co do rozpoznania, to w przypadku dotyczącym obraz przemawiał za *Sa. myelogenes.* Rozpoznanie jest nieraz bardzo trudne, jak tego dowodzi krytyka Kienböcka, znanego dzieła Rumpla. Co się tyczy odmawiania roentgenologom prawa stawiania wskazania do dalszego postępowania leczniczego, kol. Dębicki uważa takie stanowisko, za nieodpowiednie, i nie zgadzające się ze stanowiskiem poza granicami Lwowa. Że postawienie wskazania było racjonalnem, dowodzi zresztą omawiany przypadek, niestety nie kierowano się zdaniem i doświadczeniem roentgenologa, dalsze zaś losy pacjentki będą najlepszą odpowiedzią.

Kol. S c h r a m m nie zgadza się ze stanowiskiem przedmówcy. Podnosi, że po operacji konserwatywnej śmiertelność jest

mniejsza, niż po radykalnej, nie koniecznie więc trzeba w podobnych przypadkach amputować.

2. Kol. W. Janusz przedstawia preparat *pierwotnego zapalenia ograniczonego dna IV. komory mózgu*, w którym to przypadku za życia rozpoznano na oddziale p. prymarjusza Domaszewicza — *Rhombencephalitis sinistra*. Przypadek ten dotyczy chłopca lat 19-u, ucznia stolarskiego, u którego w okresie dotychczasowego stanu zdrowia przychodzi nagle wśród bolów i zawrotów głowy do porażenia połykania i utrudnienia mowy. W przebiegu choroby dwukrotnie zauważono podwyższenie ciepłoty. Dnia 16. X. 25 r. chory zmarł, a na sekcji w narządach wewnętrznych poza nieznacznemi ogniskami zapalenia dooskrzelowego dolnych płatów obydwóch płuc nie stwierdzono nic godnego uwagi. Czaszka typu mesocephalicznego, głowa i twarz umiarowe. Po otwarciu czaszki opona twarda nie daje się z łatwością ująć w postaci fałdu oraz prześwieca poszczególne zarysy zakrętów mózgowych. Same mózgowie wielkości i ciężaru odpowiedniego, na przekroju komory boczne oraz komora III ziejące, bez zmian widocznych. Jedynie po odsłonięciu komory IV uderza wystąpienie niezwykle pstrego obrazu w całej lewej połowie dna IV. komory, zależnego od obecności ognisk krwotocznych.

W tem miejscu mówca pokazuje rysunki poprzecznego przekroju, dna czwartej komory, przeprowadzonego na wysokości linji poziomej łączącej obydwa uchyłki IV komory. Zmiany krwotoczne dochodzą caudalnie do okolic skrzyżowania piramid, frontalnie zaś rozprzestrzeniają się powyżej jądra czuciowego nerwu trójdzielnego, wybiórczo oszczędzając, bez zaznaczania zmian zniszczenia, miejsce odpowiadające korzonkowi zstępującemu nerwu trójdzielnego. Medjalnie dochodzi wspomniane ognisko krwotoczne miejscami wypustkami do linji środkowej najwybitniej tylko w odcinku dorsalnym, aż do samego dna czwartej komory, nadwerężając jądro nerwu podjęzykowego, lateralnie zaś obejmuje *corpus restiforme* włącznie. Wentralnie obejmuje jądro nerwu dodatkowego, jądro motoryczne nerwu błędnego — *nucleus ambiguus* i jądro nerwu VII, zresztą nie niszczy skupienia piramid a więc nie dochodzi do obwodu oszczędzając również oliwy. W badaniu drobnowidowem z wyciętych skrawków z tego poprzecznego przekroju stwierdza się znacznego stopnia stan przekrwienia oraz obfite nacieki płaszczowe przeważnie układające się okrężnie dookoła spotykanych naczyń. Nacieki wspomniane wytworzone są z komórek o wyglądzie limfocytów i w mniejszej ilości z komórek plazmatycznych oraz komórek adwentycjalnych. Pozatem daje się zauważyć niezależnie od naczyń wśród gleju skupienia komórek, przebiegających smugowato, a składających się z tego samego rodzaju wspomnianych komórek. Substancja mózgowa wykazuje ogniskowo stan nekrobiozy, a komórki zwojowe ulegają chromatolizie połączonej ze znikaniem wypustek nerwowych. Jądra komórek często wykazują daleko posunięte zmiany wsteczne. A zatem wynik badania pośmiertnego, wynik badania histologicznego oraz badania klinicznego przemawiają za zapalną sprawą ograniczoną do dna IV komory po stronie lewej a z powodu zaś braku stwierdzenia jakichkolwiek zmian chorobowych w innych narządach ustroju należy omawiany przypadek odnieść niewątpliwie do opisywanego rodzaju pierwotnego schorzenia zapalnego tej części ośrodkowego układu nerwowego. Zaznaczyć jeszcze należy, że w całym ustroju nigdzie nie zdołano wykazać nawet jakichkolwiek śladów przebytego zapalenia swoistego pochodzenia bądź gruźliczego bądź kiłowego.

Zapalne zmiany mostu i rdzenia przedłużonego należą wciąż jeszcze dotychczas w piśmiennictwie lekarskiem do zmian wyjątkowo rzadko stwierdzanych, opisywane zaś przypadki ostro przebiegającego zapalnego porażenia opuszki Gowersa, przypadki *Myelitis bulbi* Leydena, ostrego wiądu rdzenia wszystkie dotyczą wystąpienia zmian wtórnych. Zmiany te występują przeważnie jako powikłania w przebiegu ostro przebiegających najrozmaitszych schorzeń zakaźnych, naprzykład w przebiegu wszelkich rodzajów durów, ospy, błonicy, wścieklizny albo opisywane były także w czasie zatrucia jadem kiełbasianym lub ptomainami. Zmiany wspomniane nie cechowały się charakterem zmian zapalnych a były raczej zmianami toksyczno-degeneracyjnemi, nadwerężającemi ściany naczyniowe. To samo dałoby się w zupełności zastosować do spotykanych podobnych zmian przy *Polioencephalitis haemorrhagica inferior*. Inaczej się rzecz przedstawia w przypadkach pierwotnego zapalenia, znanego powszechnie pod mianem *encephalitis*. W przebiegu tego rodzaju zapalenia, a mianowicie przy tak zwanej postaci Strümpel-Lichtensterna lub przy *Encephalomyelitis disseminata acuta* wystąpić mogą również zmiany ograniczone w moście i rdzeniu przedłużonym. I dopiero od lat kilkunastu zaczęli autorowie opisywać zmiany zapalne, występujące wyłącznie w postaci ograniczonej w zwojach podstawowych a także w moście i rdzeniu przedłużonym. Te przypadki wyróżniono w odrębną postać nozologiczną pod nazwą *Encephalitis pontis et medullae oblongatae*. Podobne objawy kliniczne występują zdaniem niektórych autorów w następstwie najrozmaitszych spraw zatorowych i zakrzepowych w *arter. cerebelli poster. infer.*, którą dotychczas uważano za jedyne naczynie, zaopatrujące w krew górny odcinek rdzenia. I dopiero Marinesco i Draganesco, opierając się na swoich spostrzeżeniach anatomo-patologicznych, powstali przeciwko temu zapatrywaniu i dowiedli, że syndrom rozmiękania bocznej części rdzenia zależeć może nie tylko od zaczopowania *art. cerebelli post. inf.* ale raczej częściej spowodowane jest zaczopowaniem wykazanego jeszcze innego znacznego naczynia istnienie którego potwierdzili również autorowie francuscy, którzy nazwali tę tętnicę *„artère de la fossette laterale du bulbe"* a według mianownictwa szkoły Orzechowskiego nazywa się tętnicą rowka opuszkowego. Wymieniona tętnica odchodzi z tętnicy podstawowej. Mówca kreśli na tablicy schemat ukrwienia rdzenia. Klinicznie zaczopowanie tej tętnicy daje zespół objawów bardzo podobny do zespołu występującego w przebiegu zaczopowania *art. cerebelli post. infer.* za wyjątkiem kilku szczegółów, na które dotychczas nie zwracano uwagi w dostatecznym stopniu. Uwzględnienie tych szczegółów pozwala z całą pewnością wyróżnić odrębne postacie ścisłego umiejscowiania się zmian anatomicznych. Zmiany te przejawiają się znanym zespołem objawów Arellis'a, który dotyczy zaburzeń przedewszystkiem umięśnienia *velo- palato- pharyngo- laryngealis*. Najwybitniejszemi objawami syndromu bocznego opuszkowego są przedewszystkiem porażenia podniebienia miękkiego, krtani i więzadeł głosowych, jednak często występuje w tych objawach dyssocjacja a mianowicie zaznacza się porażenie podniebienia miękkiego bez porażenia więzadeł głosowych. Powyższe dane tłumaczą się różnem unaczynieniem rdzenia przedłużonego. Sumienne badania autorów francuskich Foix, Hillemand i Schalit dzielą rdzeń przedłużony w związku z jego unaczynieniem na trzy odcinki: pierwsza część przyśrodkowa jest zaopatrywana w krew przez *art. sulci*, druga część dolno-boczna jest unaczyniona przez *art. cerebelli post. inf.* i wreszcie trzecia — górnoboczna jest odżywiana przez stałą tętniczkę autorów franc. — *artère de la fossette latérale du bulbe*. Podobnie i jądro motoryczne nerwu błędnego *nucleus ambiguus* jest odżywiane różnemi tętnicami. I tak górny odcinek tego jądra, jest unaczyniony tętnicą autorów franc. a z tego miejsca wychodzą komórki, skierowujące włókna nerwowe w kierunku podniebienia miękkiego. Dolny odcinek tego jądra jest siedzibą komórek wysyłających włókna w kierunku więzadeł głosowych i zaopatrywany jest w krew przez *art. cerebelli post. inf.* Z powyższego wynika, że schorzenia *art. cerebelli post. inf.* powodują porażenie więzadeł głosowych, pozostawiając nietkniętemi włókna dla podniebienia miękkiego i naodwrót z chwilą porażenia *art. de la fossette latérale du bulbe* ulegają zniszczeniu włókna dla podniebienia miękkiego, nie powodując porażenia więzadeł głosowych. A zatem klinicysta w omawianym przypadku mógł wykluczyć według objawów sprawę zakrzepową w naczyniach i skłonił się do rozpoznania schorzenia zapalnego, tak samo badanie pośmiertne w żadnem z wymienionych naczyń nie stwierdziło obecności zakrzepów a również i badanie histologiczne nie wykazało zmian chorobowych wyściółki wewnętrznej naczyń, co pozwala wobec opisanego obrazu drobnowidowego odnieść ten przypadek do tych rzadko spostrzeganych przypadków pierwotnego zapalenia ograniczonego dna IV komory mózgu.

3. Kol. Kuhl wygłasza odczyt: *Wycięcie śledziony w przypadku skazy krwotocznej ze zmniejszoną ilością płytek we krwi"*, przedstawiając przytem chorego, u którego przed rokiem usunięto śledzionę z powodu wyżej wspomnianego cierpienia i przez to osiągnięto zupełne wyleczenie. Jest to drugi przypadek, ogłoszony w piśmiennictwie polskiem (całość ukaże się w druku).

Kol. Wł. Dobrzaniecki w związku z omawianym przypadkiem zreferował *obecny stan chirurgji śledziony*. Otóż co się tyczy zabiegów operacyjnych na śledzionie, to zasadniczo istnieje jeden ich typ klasyczny, polegający na zupełnem wycięciu śledziony, na t. zw. splenektomji, którą po raz pierwszy wykonał w r. 1581 Viard. Wszelkie inne zabiegi jak częściowa resekcja śledziony, nacięcie jej — splenotomja, szew torebki względnie miąższu śledzionowego — splenorraphia, tamponada ubytku w śledzionie wzgl. pokrywanie takiego ubytku wolną i uszypułowaną siecią, kauteryzacja, marsupilizacja, ustalenie śledziony — splenopexia, wyłonienie jej — exosplenopexia — należą do zabiegów raczej nietypowych, nieklasycznych. Jedynie podwiązanie tętnicy śledzionowej stosowane ostatnio przez Stubenraucha z pomyślnym wynikiem przy *purpura thrombolytica* może do pewnego stopnia konkurować jako *sui generis* zabieg typowy ze splenektomją. I chociaż sama istota zabiegu operacyjnego pozostała niezmienioną to wskazania do wycięcia śledziony w ostatnich 15 latach znacznie się rozszerzyły, poza całą bowiem grupą t. zw. chirurgicznych schorzeń śledziony poczęto stosować splenektomję w pewnych postaciach

schorzeń krwi i skazy krwotocznej jako *ultimum remedium* niezależnie od tego, że drogą splenektomji dochodzimy do coraz pewniejszych klinicznych anatomicznych i drobnowidowych obrazów schorzeń zarówno śledziony jak i wątroby.

Co się tyczy dostępu do śledziony to istnieją dwie drogi, jedna zasadnicza — brzuszna, druga zaś — piersiowa *(thoracica)*, rezerwowana dla specjalnych przypadków. Pierwsza z tych dróg posługuje się wielu cięciami jak Ruggiego, Kehra, Mariona, Sprengla, Lejara, Lecêne i Denikera a wreszcie Leotty, druga — Lenormant'a i Postępskiego.

Jeśli chodzi o schorzenia układu krwiotwórczego, to wykonywano wycięcie śledziony z najpewniejszemi i najtrwalszemi wynikami, jak to stwierdzają bez zastrzeżeń wszyscy autorowie, w stanach żółtaczki hemolitycznej, z wynikiem przejściowym względnie niepewnym w niedokrewności złośliwej, gdzie Mayo poleca stosować równocześnie przetaczanie krwi uważając wycięcie śledziony za zabieg tylko zapobiegawczy, dalej stosowano ją w *pseudoleukaemia infantum*, w *thrombocytopenia essentialis*, w stanach białaczki, białaczki wrzekomej i poliglobulji, przy tej ostatniej z niepomyślnym rezultatem. Z innych schorzeń notują pomyślne wyniki po wycięciu śledziony w chorobie Banti'ego, w przerostowej marskości wątroby Hanot'a, w rzadkich przypadkach splenomegalji typu Gaucher, a Mayo w przypadku zanikowej marskości wątroby prócz splenektomji wykonał operację Talmy. Amerykanie wreszcie doszli w ostatnim czasie do przekonania, że tam, gdzie znacznie powiększona śledziona sprawia choremu dolegliwości, należy takową usunąć nawet bez wyraźnego rozpoznania. Dziembowski znowu zwrócił uwagę, że w pewnych przypadkach splenomegalja jest sprawą wtórną, wywołaną przez pierwotny zakrzep, zamykający światło żyły śledzionowej i że wiele jednostek klinicznych, figurujących jako choroba Banti'ego, czy też jako splenomegalja typu Gaucher, możnaby odnieść do zakrzepu żyły śledzionowej. On również wykonał wycięcie śledziony w posocznicy, wywołanej prątkiem okrężnicy.

Jeśli chodzi o śledzionę, to materjał operacyjny naszej kliniki w ostatnim okresie czasu ograniczał się do 9-ciu przypadków wszystkie operował Prof. Schramm. Usunięto więc śledzionę w 2 przyp. jej postrzału, w 2 przypadkach żółtaczki hemolitycznej [1], [2]), w tym jeden powikłany zakażeniem kiłowem już w czasie jej trwania, z wynikiem nader pomyślnym (rok obserwacji), wykonano dalej splenektomję w niejasnej klinicznie splenomegalji, gdzie dopiero badanie drobnowidowe uzyskanego operacyjnie preparatu, wykazało, że przyczyną powiększenia śledziony było wybitne rozszerzenie naczyń w obrębie jej miąższu — *haemangiomatosis lienis* [3]).

W przypadku choroby Banti'ego z powodu dużych zrostów i znacznego krwawienia ograniczono się jedynie do podwiązania tętnicy śledzionowej. Mimo to nastąpiło zejście śmiertelne z powodu skrwawienia. Również niepomyślnie skończyła się splenektomja w przypadku powiększenia śledziony, nieokreślonym klinicznie, gdzie stwierdzono jedynie anemiczne infarkty. Śmierć tu nastąpiła wskutek zapalenia otrzewny.

W 1 przypadku mięsaka śledziony wykonano jedynie próbną laparatomję.

W ostatnim czasie usunięto śledzionę z powodu *purpura thrombolytica* Kaznelsona [4]) z wynikiem najzupełniej zadowalającym. Przebieg jednak pooperacyjny przedstawiał się dosyć zagadkowo i dał szereg objawów, niespotykanych w tym zespole klinicznym, które zasługują na szersze omówienie w związku właśnie z tym przypadkiem.

Dla uzupełnienia jeszcze całokształtu obrazu naszego materjału pod względem operacyjnym, należy podnieść, że prawie wszystkie zabiegi (prócz 2 przy postrzale) wykonano w znieczuleniu Roussiela wraz z obstrzykaniem powłok brzusznych. Jamę brzuszną otwierano zależnie od warunków i wielkości śledziony w linji środkowej, ponad lub pod pępkiem z dodatkiem cięcia przez lewy mięsień prosty brzucha względnie wzdłuż lewego łuku żebrowego.

Wszystkie prawie zabiegi pod względem technicznym z powodu licznych zrostów z otoczeniem, w szczególności w tych przypadkach, gdzie przed operacją stosowano promienie Roentgena, należałoby zaliczyć do zabiegów trudniejszych. Co się tyczy powikłań operacyjnych, to w jednym przypadku przy oddzielaniu szerokich, zbitych zrostów górnego bieguna śledziony z przeponą, nacięto tę ostatnią i otwarto worek opłucnowy. Otwór ten natychmiast zeszyto, bez szkody zresztą dla chorego.

W sześciu przypadkach jamę brzuszną zamknięto na głucho, w trzech — przy dużych zrostach i niemożności zupełnego opanowania krwawienia — wprowadzono tampony, przyczem stwierdziliśmy, że natychmiastowe zamknięcie jamy brzusznej, o ile naturalnie na to pozwalają warunki, daje najlepsze wyniki, tamponada zaś nieodzowna czasem, zwłaszcza przy skazie krwotocznej, może prowadzić do bardzo poważnych powikłań otrzewnowych.

Wracając do wyżej wspomnianego przypadku skazy krwotocznej *(purpura thrombolytica)* należy podnieść, że już w 5 dni po zabiegu chory począł odczuwać silne bóle, które początkowo lokalizował w lewem podżebrzu. Bóle te wzmagały się szybko i rozszerzyły się na całą jamę brzuszną, a po dojściu do szczytu swojego nasilenia utrzymywały się w tym stanie bez najmniejszej przerwy przez cały miesiąc. Przybrały one charakter bólów głuchych, których chory zlokalizować nie umiał. Żadne środki, jakiemi rozporządzamy w takiej sytuacji wraz z heljoterapją włącznie, nie przynosiły choremu najmniejszej ulgi. Chory w pozycji skulonej, wśród objawów niewymownego cierpienia, dochodzącego czasami do szału, spędzał całe dnie i bezsenne noce. Badaniem przedmiotowem poza lekkiem napięciem powłok brzusznych żadnych zmian stwierdzić nie można było.

Tego rodzaju powikłanie pooperacyjne, ze względu na pewien związek przyczynowy, w jakim go odnieść należy do schorzenia podstawowego i do zabiegu operacyjnego, dalej ze względu na swój charakter i czas trwania, stanowi niewątpliwie ciekawy i prawdopodobny nieznany zespół objawów, którego i podstawy teoretyczne przedstawiają się dosyć niejasno.

Jeśli chodzi o kliniczną stronę bólów w jamie brzusznej, to sama lokalizacja tychże w związku z danym narządem jest prawie, że niemożliwą z tego względu, iż poszczególne narządy nie mają prawdopodobnie własnych pól rzutowych (projekcyjnych) w korze mózgowej. Wiemy z doświadczenia operacyjnego, że poszczególne narządy jamy brzusznej są bezbolesne i że ich drażnienie nie daje żadnych objawów. Z chwilą jednak, gdy pociągamy czy w jakikolwiek inny sposób drażnimy więzadła względnie szypuły poszczególnych narządów, to wówczas dopiero występuje uczucie bólu (Kulenkampff) i że tu właśnie należy szukać początku tych pierwszych elementów nerwowych, będących stacją nadawczą dla całego szeregu podniet o kierunku dośrodkowym w stosunku do centralnego układu nerwowego i że nawet daleko posunięte zmiany w pęcherzyku żółciowym i jelitach mogą przebiegać bez bólu.

Co się tyczy dróg, jakimi ból z narządów jamy brzusznej przenosi się do centralnego układu nerwowego, to na podstawie rozważań Müllera ogólny ich kierunek prowadzi przez pień nerwu współczulnego, zwoje międzykręgowe i przez tylne korzonki do rdzenia, stąd zaś sznurami bocznemi, według innych tylnemi, do wzgórka wzrokowego *(thalamus opticus)*. Pozostaje dalej kwestją niewyjaśnioną, czy ze wzgórka wzrokowego prowadzą osobne drogi do kory mózgowej. Sprawę umiejscowiania bólów wikła jeszcze i ten fakt, że kliniczną ich lokalizację stanowić może któraś z pośrednich stacyj dróg nerwowych, któremi się ból przenosi. I tak Vorschütz zwrócił uwagę, że przy sprawach zapalnych wyrostka robaczkowego pierwsze objawy bolesności mogą wystąpić w zwoju trzewiowym, a więc w połowie odległości między wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem. Brüning również jest zdania, że czysty ból trzewiowy nie jest nigdy lokalizowany w miejscu jego wywołania, a zawsze w wyżej położonych zwojach. Jeśli do tego dołączymy kwestję promieniowania bólów, które w wielu przypadkach niema należytego wytłumaczenia anatomicznego, to rzeczywiście stanąć możemy nieraz przed trudnem do rozwiązania zagadnieniem, gdzie szukać należy przyczyny i początku tych dolegliwości, dochodzących — jak w naszym przypadku — do najwyższego stopnia nasilenia.

Przewodnią rolę w interpretacji wyżej określonych bólów skłonni jesteśmy przypisać schorzeniu podstawowemu t. j. skazie krwotocznej. Zdolność do krwawień, w wysokim stopniu rozwinięta u naszego chorego, zwłaszcza w związku z najmniejszym urazem, doprowadzić mogła skutkiem zabiegu operacyjnego do powstania wybroczyn w przebiegu pnia nerwu współczulnego i jego zwojów i w ten sposób doprowadzić do podrażnienia względnie do stanu zapalnego układu współczulnego jamy brzusznej. Zmiany o charakterze zapalnym w zakresie zwojów nerwu współczulnego wraz z objawami podrażnienia, są znane i zostały drobnowidowo stwierdzone w chorobie Basedowa i Raynauda, jakoteż innych naczynioruchowych neurozach, dalej w dusznicy bolesnej, obrzęku Quincke'go i zaniku połowiczym twarzy (Stämmler, Reinhard). W szczególności zmiany w splocie trzewiowym mogły doprowadzić do wyżej omówionych powikłań. Ewentualne wylewy krwawe do opon rdzeniowych wraz z uciskiem na odno-

[1]) Gruca: Pol. Gaz. Lek. 1925, Nr. 2, str. 49 (pokaz).
[2]) Ciepielowski: Pol. Gaz. Lek. 1925, Nr. 13.
[3]) Rencki: Pol. Gaz. Lek. 1925, Nr. 47, str. 1001 (pokaz).
[4]) Kuhl: Pol. Gaz. Lek. 1925, Nr. 13.

śne korzonki, zdarzające się przy skazie krwotocznej, możemy na podstawie naszego obrazu chorobowego wykluczyć.

Ku takiej interpretacji skłaniamy się także i z tego względu, że bóle poczęły ustępować wówczas, kiedy zdecydowanie poprawił się wziernikowy obraz dna oka, t. zn. gdy po początkowych objawach zapalnych wśród elementów nerwowych siatkówki powstały blizenki. Stanowić to może analogon do cofania się stanu zapalnego w zwojach współczulnych jamy brzusznej.

Wreszcie należałoby zwrócić uwagę i na skutki wypadnięcia funkcji śledziony, a co zatem idzie bujania układu śródbłonkowo-siateczkowego w gruczołach chłonnych, pozostających w tak dużej ilości i w tak bliskiem sąsiedztwie z układem współczulnym jamy brzusznej. Brak nam na razie jednak kryterjów, czy przesunięcie w układzie chłonnym na korzyść aparatu śródbłonkowo-siateczkowego odbić się może tak na powiększeniu gruczołów, iżby to dało objawy ucisku wraz z jego następstwami.

Kol. Naróg — po omówieniu znaczenia badania dna oka i wyszczególnieniu rodzaji krwotoków na siatkówce w związku z rokowaniem i przebiegiem schorzeń ogólnych, omawia szczegółowo odnośny przypadek. W przypadku tym wystąpiły na siatkówce oka lewego powtarzające się krwotoki przedsiatkówkowe i siatkówkowe o różnej postaci tak, że chory widział tylko palce przed okiem, przyczem pole widzenia było znacznie zwężone. W górze na siatkówce był widoczny guz bez falowania błony. Powtarzające się krwotoki ustały z chwilą wykonania splenektomji. W miejsce krwotoków wystąpił przerost łącznotkankowy i zatkanie tętniczek *(obliteratio arteriarum)* które przedstawiały się jako białe taśmy, do ciałka szklistego wystawała ruchoma błona, wychodząca z siatkówki dołem zewnątrz od tarczy nerwu wzrokowego *(retinitis proliferans)*.

Z całości obrazu wziernikowego uwydatnia się, że w pierwotnej skazie krwotocznej, wyodrębnionej jako *„purpura trombolitica"* krwotoki dotyczą osobników młodych, są umiejscowione: 1) w powierzchownych warstwach siatkówki, w warstwie nerwowej a przeważnie przed siatkówką. 2) Często się powtarzają i odznaczają się dużą różnorodnością. 3) Wywołują następnie zmiany zapalne w tęczniczkach włoskowatych z zamknięciem ich światła, z zamgleniem granic tarczy i przekrwieniem siatkówki. 4) Mogą spowodować wylew z odwarstwieniem siatkówki lub zmiany torbielowatego zwyrodnienia siatkówki *(degeneratio cystosa retinae)*. 5) Ciałko szkliste pozostaje stosunkowo niezmienione. Zwiększenie się odporności ciałek czerwonych tak po adrenalinie jak po splenektomji wskazuje, że przyczyną choroby jest śledziona, która w znacznym stopniu atakuje płytki, w mniejszym zaś stopniu ciałka czerwone. Wobec tego możnaby przypuszczać, że podobnie jak teorja frankowska uważa *„trombocytopenia essentialis"* za wstępny okres do *„anaemia aplastica"* tak *„purpura trombolitica"* Kaznelsona może być uznana za wstępny okres do *„anaemia hemolitica"*.

W dyskusji kol. Bühn omawia przypadek, w którym przed 10 laty wykonano wycięcie zdrowej śledziony z powodu pęknięcia śledziony w wypadku kolejowym. Obecnie we krwi anemja: czerwonych ciałek trzy miljony, wskaźnik 1.0; uderza większa ilość leukocytów zasadochłonnych. Ilość płytek we krwi prawidłowa. Ciałka Jolly'ego nieobecne. Odporność czerwonych ciałek zwiększona. U chorej wystąpiło kompensacyjne powiększenie wątroby. Poza tem nie stwierdzono u chorej żadnych zmian chorobowych. Następnie omawia zapatrywania autorów na kwestję zwiększenia odporności ciałek czerwonych po splenektomji, podkreślając rozbieżność poglądów oraz różnorodność wyników otrzymywanych przy badaniu powyższego zjawiska.

W dyskusji kol. Janusz omawia sprawę występującego objawu po wyłuszczeniu śledziony, poruszoną w nowoczesnem piśmiennictwie lekarskiem przez Bayer'a. Spostrzeżenia te obejmują wiele ciekawych zagadnień fizjo-patologicznych czynności śledziony. Objaw ten daje się najdosadniej streścić słowami starego autora Malpigjusza: *„Post splenectomiam canis voracior redditus, per avide cibum capiebat, ossa et cuiuscumque naturae alimenta vorrabat"*. Podobne spostrzeżenia poczynione zostały na materjale ludzkim przez Bayer'a i Bieriezow'a, którzy odnotowali wystąpienie wzmożonego apetytu, dochodzącego do stopnia żarłoczności a nadto zwiększenie się częstości oddawania stolców bez zmiany widocznej w spoistości treści kałowej. Przytoczony fakt, występujący po wyłuszczeniu śledziony wskazuje niewątpliwie na istnienie ściślejszego związku pomiędzy procesami trawiennemi a narządem usuniętym. Hirszfeld potwierdza tą łączność jeszcze innem spostrzeżeniem, dowodzącem, że śledziona u szczytu trawienia znacznie obrzęka i napełnia się krwią. El na drodze eksperymentalnej za pomocą bezpośredniego podrażnienia śledziony wykazał zdolność tego narządu do kurczenia się. Rytmiczne wahania objętościowe śledziony zależą przedewszystkiem od obecności torebki i mięsnego rusztowania oraz od zakończeń nerwowych, wnikających wgłąb miąższu śledzionowego. Następstwem kurczliwości jest zwiększenie się ilości krwi, postępującej w gęstą sieć naczyniową jelit, co regulująco działa na nerwy wydzielnicze jakoteż ruchowe jelit. Spostrzeżenia wielu autorów, stwierdzają, że śledziona u szczytu trawienia obrzęka do maksimum co wysuwa znaczenie kurczliwości śledziony dla procesów trawiennych w sensie mechanicznym, przypuszczając, że ona zabezpiecza przewód pokarmowy przed nadmiernem przepełnieniem i krwią. Zdaniem fizjologów ten fakt nie zależy jedynie od refleksów ze strony jelit odbijających się na wazodylatatorach śledziony, ale łączność ta polega na bardziej ścisłych węzłach. Ogólnie znaną jest rzeczą, że śledziona u zwierząt mięsożernych jest objętościowo większa, niż u zwierząt roślinożernych. Richet badał zachowanie się przemiany azotu u psów, pozbawionych śledziony oraz u psów kontrolnych. Wynik jego badań stwierdza, że psy, pozbawione śledziony dla zachowania równowagi azotu potrzebują większej ilości strawy mięsnej czyli białkowej, co powoduje, że psy stają się żarłocznemi i porywają wszelaką strawę. Bayer przeprowadził badania z podawaniem wraz ze strawą barwnika karminu królikom pozbawionym śledziony oraz zdrowym i śledził za szybkością odbarwiania się treści kałowej. Okazało się, że treść kałowa zwierząt zdrowych odbarwiała się znacznie powoli, co wskazywałoby, że barwik karminowy powoli się przesuwał przez przewód pokarmowy. Innemi słowy ruch robaczkowy jelit u zwierząt zdrowych jest znacznie słabszy niż u zwierząt pozbawionych śledziony. Wymienione eksperymenta stwierdzają, że ruch robaczkowy jelit wybitnie się wzmaga po usunięciu śledziony, co tłumaczy też szybkie odbarwianie się treści kałowej i częstość stolców oraz potrzebę większej ilości strawy w celu zachowania równowagi azotu a także pewien stan głodu, który powoduje wzmożony apetyt. Powstaje więc obecnie pytanie, jakaż jest łączność pomiędzy usuniętą śledzioną a wzmożeniem się ruchu robaczkowego jelit. Na to pytanie stara się dać odpowiedź teorja Schultze, którą krytycznie potwierdziły badania szkoły prof. Spasokukockiego. Z chwilą usunięcia śledziony zostaje wydalony z ustroju wydzielany przez nią hormon, wpływający hamująco na autonomiczny układ nerwowy. Skoro hamulec został usunięty w ślad za tem występują objawy przyśpieszające, przejawiające się na rozgałęzieniach brzusznych autonomicznego układu nerwowego w postaci wzmożonego ruchu robaczkowego jelit oraz na rozgałęzieniach, dążących do aparatu limfatycznego, w postaci zwiększenia się ilości limfocytów postępujących do ogólnego krwiobiegu. Jeśli się w takim przypadku poda zamiast brakującego lieno-hormonu atropinę, działającą porażająco na zakończenia autonomicznego układu nerwowego, to uzyska się znaczny spadek ilości limfocytów. Badania kontrolne ze wstrzykiwaniem atropiny u ludzi, u których śledziona wytwarza hormon hamujący, nie wykazały takiego spadku ilości limfocytów. Badania Bierezowa nad leukocytozą trawienną, składającą się jak wiemy z 2-ch momentów, a mianowicie z biernej limfocytozy i czynnej neutrofilji, wykazały u ludzi po usunięciu śledziony wybitne zwiększenie się ilości limfocytów i znaczne zmniejszenie się ilości neutrofilów. Zwiększenie się ilości limfocytów tłumaczy ta teorja bezpośredniem wzmożonem podrażnieniem aparatu chłonnego przewodu pokarmowego w czasie trawienia, co spowodowane jest brakiem hormonu, który w normie hamuje ich nowotworzenie. Nieznaczna hemotaktyczna reakcja neutrofilów wskazuje, że wchłanianie się strawy odbywa się niecałkowite, dzięki bardziej szybszemu przesuwaniu się strawy przez przewód pokarmowy w związku ze wzmożonym ruchem robaczkowym. W następstwie czego chorzy tacy potrzebują większej ilości strawy a komórki ustroju znajdują się w pewnym stopniu głodu, z drugiej zaś strony następuje wydzielanie większej ilości ekskrementów, dzięki czemu uczęszcza się ilość oddawania stolców z zachowaniem zwykłej spoistości treści kałowej. A zatem teorja wypadania hormonu po przebytem wyłuszczeniu śledziony tłumaczy wszystkie wzajemne oddziaływania tego narządu na procesy trawienne. Spostrzeżenia powyższe zasługiwałyby niewątpliwie na kontrolę na bogatym materjale, jakim rozporządzają dzisiejsi prelegenci.

Kol. Czernecki podnosi, że wycinanie śledziony przy polycythaemji jest nieuzasadnione i szkodliwe. Przytacza 3 przypadki polycythaemji, w których — po wycięciu śledziony — rozwinęła się białaczka; podobnież tak samo skończył się jeden przypadek wyciętej śledziony z powodu jej pęknięcia.

Również nieuzasadnionem jest wycięcie śledziony w przypadkach choroby Gaucher'a.

Uważa, że należałoby daleko częściej wycinać śledzonę przy zanikowej marskości wątroby; również przy zatruciu fosforem radzi robić splenectomję.

Kazimierz Tyszka, sekretarz doroczny.

Sprawozdanie z posiedzenia „Koła“ lekarzy Kas chorych w Równem dnia 5 lipca 1926 r.

W sprawie etjologji raka.

Prelegent Dr. Walker zbija bakterjalną teorję pochodzenia raka, motywując swe stanowisko w sposób następujący:

1) rak po nacieraniu dziegciem nie da się wytłumaczyć teorją bakterjalną,

2) rak rozwija się prawie zawsze u ludzi we wieku starszym,

3) prace Gye'a nie mogą mówcę przekonać o powyższej teorji z tej przyczyny, gdyż równocześnie z virusem przypuszczalnym wprowadza tenże filtrat nowotworu i krzemny, przyczem zaznacza, że Rajchert w tych samych warunkach z innymi virusami osiągnął wyniki dodatnie.

Mówca stoi na stanowisku, że dodatnie wyniki tych badań przypisać należy obecności fermentu tkanki nowotworu (wzgl. obecności pojedyńczych komórek nowotworu) warunkiem zaś sprzyjającym tworzeniu się tychże jest krzem, (jak n. p. podrażnienie).

Opierając się na pracy Warberga o biologji komórek rakowych i całym szeregu faktów, mówca przedstawia sobie rozwój raka w sposób następujący:

Skutkiem podrażnienia trwającego przez czas dłuższy następują zmiany naczyń; dopływ tlenu do uszkodzonej części ciała zmniejsza się i stopniowo rozwija się specjalny rodzaj komórek nabłonkowych. Komórki owe istnieć mogą prawie bez użycia tlenu, względnie wymagają całkiem znikomej ilości tego gazu, zaś energję życiową zdobywają one drogą fermentacji, przyczem rozkładają cukier na kwas mleczny.

Powiększenie cukru we krwi w starości daje predyspozycję do raka, zmniejszenie zaś cukru we krwi — obniża ją wzgl. działa zapobiegawczo. (Eksperymentalna Ca przy jednoczesnem użyciu insuliny nie rozwija się wzgl. rozwija się później).

W dyskusji zabierali głos Dr. Izgur, Dr. Tabaczuk i Dr. Gojzenberg.

LISTY DO REDAKCJI.

Królewska Huta, 14 października 1926.

Szanowny Panie Redaktorze!

Przesyłam ogłoszenie partacza, który idzie za postępem czasu i leczy..... przez radjo (ma znaczyć prawdopodobnie „radem“).

„Choroby wszelkiego rodzaju leczy skutecznie i predko prądem faradycznym i przez radjo. Podziękowania za wyleczenie są do przeglądu. Godziny przyjęć: do południa od godziny 8—12 i po południu od godziny 2—6. W niedzielę tylko od godziny 8—12 w poł. Tomasz Santura, Mysłowice, G. Śl. ul. Piaskowa 48“.

G. Śląsk — klasyczna kraina partactwa, uprzywilejowanego przez władze, stał się poprostu Eldoradem wszystkich partaczy z całej Rzeszy Niemieckiej. To zło musimy zaakceptować na zasadzie konwencji genewskiej, ale najwyraźniej tam było zastrzeżone, że dotyczy tylko osób, zamieszkałych, w chwili zawarcia konwencji, na polskiej części G. Śląska. Tymczasem cały szereg partaczów z Niemiec, Gdańska, ze Śląska opolskiego przybyło na nasz Śląsk po zawarciu tej konwencji i przybywa po dzień dzisiejszy, bo nieudolność naszego Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia, jakoteż podwładnych jemu organów, stała się już u nas przysłowiową. Walka świata lekarskiego z tą plagą niedała nic, odwrotnie rozzuchwaliła do niebywałych rozmiarów działalność całej tej szarańczy, która zalewa pisma ogłoszeniami o „cudownych wynikach ich lecznictwa, gdzie to już żaden lekarz nie mógł pomódz“, mając nawet odwagę podpisywać się: „lekarz lub lekarka“ z dodaniem „przyrodnicy“ lub „lekarz-naturalista“, a kiedy się zwrócić o interwencję do lekarza powiatowego, otrzymuje się klasyczną odpowiedź: „nic na to poradzić nie mogę“. Jasne — jaki pan, taki kram. No, ale chodzą słuchy, że nareszcie Naczelnik Wydziału Zdrowia będzie przeniesiony w dobrze zasłużony stan spoczynku, dzięki temu też posunęła się bardzo podobno naprzód sprawa stworzenia Izby Lekarskiej, którą namiętnie ów pan zwalczał przed czynnikami miarodajnemi w Warszawie przez lat 3, mamy też nadzieje, że z przyjęciem nowych ludzi i z utworzeniem Izby Lekarskiej uda się nam i plagę partactwa wykorzenić

Łączą wyrazy głębokiego szacunku

Dr. med. Andrzej Sianowski.

Redakcja otrzymała następujące pismo:

Wielce Szanowny Panie Kolego! Zwracam się do Pana Kolegi jako do Redaktora Polskiej Gazety Lekarskiej z prośbą o zamieszczenie w jednym z najbliższych numerów mojego oświadczenia, że wydane w roku bieżącym przez Towarzystwo Bibljoteki i Bratniej Pomocy Medyków U. J. skrypta pod tytułem: „Bakterjologja według wykładów Prof. Dra Gieszczykiewicza“ zostały wydrukowane bez mojej aprobaty, wobec czego za błędy tam zawarte nie przyjmuję żadnej odpowiedzialności. *Dr. Marjan Gieszczykiewicz,* Prof. Uniw. Jagiellońskiego w Krakowie.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Kraków.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie. We środę, 20 b. m. o 8.15 posiedzenie naukowe w sali wykładowej II. Kliniki medycznej (Kopernika 15).

Na porządku dziennym: Prof. Latkowski: „O diurezie“. — Dr. Siedlecki, Dr. Czapnicki, Dr. Łukaszczyk, Dr. Szczeklik, Dr. Dziuba: Demonstracje chorych z I. i II. Kliniki wewnętrznej.

Z kraju:

Komunikat Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia) z 10 czerwca 1926. N. Z. F. 1409/26 w sprawie importu niedozwolonych leków: Częstokroć się zdarza, że lekarze przepisują chorym specyfiki farmaceutyczne lub preparaty organoterapeutyczne niedozwolone do obrotu w Rzeczypospolitej Polskiej. Specyfiki takie nie mogą być przywożone do polskiego obszaru celnego, jednak w wypadkach wyjątkowych, kiedy lekarz ordynujący jest przeświadczony, że jedynie zastosowanie takiego preparatu może uratować chorego, w drodze wyjątku są udzielane zezwolenia na przywóz ilości, niezbędnej do przeprowadzenia kuracji. Zezwolenia takie będą w przyszłości udzielane przez Ministerstwo Skarbu w porozumieniu z Ministerstwem Spr. Wewnętrznych aptekom po złożeniu przez nie podania z dołączeniem zaświadczenia lekarza stwierdzającego, że leczony przez niego chory potrzebuje zaordynowanego specyfiku w wymienionej w zaświadczeniu ilości celem przeprowadzenia kuracji i że zdaniem jego specyfik, ten nie może być zastąpiony żadnym innym środkiem leczniczym, bądź to przepisanym w postaci leku, mogącego być przyrządzonym w aptekach krajowych, bądź też innym specyfikiem farmaceutycznym dozwolonym do obrotu w kraju. Podania należy składać w Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia. W celu uniknięcia nieporozumienia i nienarażania osób zainteresowanych na niepotrzebne koszty Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia) uprasza o zalecenie Zarządom Izb lekarskich zakomunikowania swym członkom, aby wydawanie zaświadczeń o konieczności stosowania niezaregestrowanych specyfików farmaceutycznych ograniczyli do wyjątkowych, wypływających z istotnej konieczności wypadków oraz aby zaświadczenia te pisali według wyżej podanych wymagań, zaświadczenia pisane inaczej nie będą brane pod uwagę. Inną kategorję niezaregestrowanych specyfików farmaceutycznych przysyłanych z zagranicy stanowią specyfiki rozsyłane lekarzom w postaci prób. Zezwolenie na odbiór z urzędów celnych przysyłanych z zagranicy pod adresem lekarzy specyfików farmaceutycznych i preparatów organoterapeutycznych, na których obrót wytwórcy jeszcze nie uzyskali zezwolenia będą udzielane tylko w tych wypadkach, w których do podania zostaną dołączone dowody, że specyfiki te lub preparaty organoterapeutyczne mają być użyte do przeprowadzenia badań w klinikach lub do innych celów naukowych. Za Ministra (—) Wroczyński Generalny Dyrektor Służby Zdrowia.

Ze świata.

Popularne podróże naukowe. Docent prywatny Dr. R. Połonić w Berlinie założył wspólnie z kilkoma przyrodnikami, znawcami sztuki i historykami Stowarzyszenie dla podróży naukowych „Kosmos“, które ma umożliwić jak najszerszym kołom udział w popularno-naukowych podróżach. W każdej podróży weźmie udział doświadczony przewodnik podróży. Nadto nawiązało wspomniane Stowarzyszenie stosunki z poszczególnymi uczonymi osiadłymi w rozmaitych miejscowościach, stanowiących cele podróży. Uczeni ci będą poszczególnym partjom podróżnych udzielać swych wskazówek i wykładów. Najbliższa podróż jest projektowaną na czas od 23 października do 5 listopada, br. pod przewodnictwem tajnego radcy Str. i ma być skierowaną do północnych Włoch (przez St. Gotthard i Brenner). Bliższych wyjaśnień udziela Dyrektor St. Schröder, Lipsk Nr. 22. Joh. Georg. St. 24.